Anno XXXVI 1923 N. 1

IL MANICOMIO

GIORNALE DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II

DIRETTO DAL

Prof. Domenico Ventra

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

E REDATTO

DAI MEDICI DEL MANICOMIO

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO
1923

"IL MANICOMIO„ Giornale di Psichiatria e Scienze affini, esce ogni quadrimestre, formando a fin d'anno un volume di 300 pagine. Pubblica lavori originali, rivist .intetiche, bibliografie, recensioni.

Gli autori di memorie originali riceveranno 50 estratti con copertina.

Dei libri mandati in dono, anche dalle Case editrici, si farà un sunto bibliografico.

ABBONAMENTO ANNUO

per l'Italia e Colonie **L. 30**, un fasc. separato **L. 10**,
« l'Estero . . . » **50**, » » » » **20**.

Per tutto quanto riguarda il Giornale, anche per le inserzioni a pagamento, rivolgersi alla **Redazione di «il Manicomio»**
Nocera Inferiore (Salerno)

SOMMARIO DEL N. 1.

Lavori Originali:

Bibliografie:

IL MANICOMIO

IL MANICOMIO

GIORNALE DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II

DIRETTO DAL

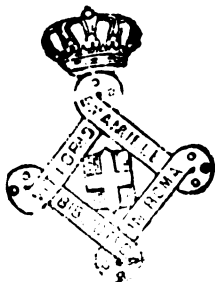
Prof. Domenico Ventra

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

Anno XXXVI — 1923

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

1923

Laboratorio di Antropologia Criminale di Genova
diretto da M. U. Masini e G. Vidoni

Dott. G. Vidoni

La fanciullezza di Michelangelo (*)

.... Terminato, nel 1476, il suo ufficio, Lodovico se ne tornò a Firenze, lasciando il piccolo Michelangelo a balia presso la moglie di uno scalpellino di Settignano. Racconta il Vasari che, conversando con lui, Michelangelo gli disse un giorno per celia: « Giorgio s' i ò nulla di buono nell'ingegno egli è venuto dal nascere nella sottilità del vostro paese di Arezzo; così come tirai dal latte della mia balia gli scarpelli e il mazzuolo con che io fo le figure ». Congiuntura quest'ultima che al Condivi parve verosimile « per sapere che il latte della nutrice in noi ha tanta forza, che spesse volte trasmutando la temperatura del corpo, d'una inclinazione ne introduce un'altra dalla naturale molto diversa ». A crederlo l'affezionato allievo era spinto forse anche dalla circostanza che dai paesi (che dànno pure oggi pietra e scalpellini a Firenze) erano venuti altri grandi scultori e che ciò non sia fortuita combinazione l'ha detto di recente anche Vernon Lee ricordando come l'architettura, che, fino dai Romani, aveva dato larga importanza all'ornamentazione scultoria, aveva finito — specie con la chiesa gotica e particolarmente in Italia — a non essere più lavoro di muratore, ma di scultore. Non è dunque, secondo lui, da meravigliarsi se i paesetti delle cave di pietra abbiano dato a Firenze « tre dei suoi più grandi scultori (Mino da Fiesole, Benedetto da Maiano, Desiderio da Settignano); nè che Michelangiolo, allevato in quel paesetto (Chiusi di Casentino) « per tutto pieno », dice il Vasari, « di cave di macigni, che son lavorate di continovo da' scarpellini, scultori che nascono in quel luogo » abbia potuto vantarsi d'aver tirato dal latte della balia gli scarpelli e il mazzuolo con che faceva le sue

(*) — Da un lavoro in preparazione con G. Catani.

figure ». Il fatto è che nell'età, in cui gli altri bambini frucchiano, Michelangelo invece copriva già di disegni i muri della casa della nutrice e più tardi quelli della casa paterna. Crescendo, venne però il momento di dover frequentare le scuole e ..... con questo giunsero altresì i primi dolori.

Mandato alla scuola di grammatica di Francesco d'Urbino, a dir il vero poco studiava, preferendo, più che nell'applicazione di obbligo, spendere quasi tutto il suo tempo nel disegnare e bazzicando spesso botteghe e garzoni di pittori. Tra questi, frequentava di preferenza Francesco Granacci, giovane bello e di buona famiglia, col quale non tardò a stringere una vera e propria amicizia. Con lui parlava fervidamente d'arte e di lavori. Quando, poi, incominciò a copiare i disegni che l'amico gli passava, si sentì preso a tal punto da non aver più pace, finchè non riuscì a smuovere i suoi, che erano decisamente contrari al suo orientamento verso l'arte. Lodovico — e così i parenti — voleva, di fatti, instradare il figlio nella mercatura ritenuta più confacente per i tempi e per la condizione della famiglia. I rimproveri e le busse che, spesso e senza risparmio, non mancavano al ragazzo per la sua trascuranza nello studio « grammaticale » non giovarono però allo scopo cui miravano, ed il padre, convinto alla fine che urtava contro una vera vocazione e non contro un semplice capriccio, finì col cedere allogandolo nella bottega del Ghirlandajo, artista allora il più reputato di Firenze.

Il giorno 1 Aprile 1488 fu concluso e firmato il patto tra Ludovico ed i nuovi maestri (1). Michelangelo aveva allora tredici anni e, se pensiamo che con quella primavera d'entusiasmo venivano a combaciare le altre non meno ridenti dell'età e della speranza, ben è facile immaginarne la gioia. Studiare quello che agognava e come voleva, non con le formulette e la disciplina esterna, ma con piena libertà, col ritmo gagliardo della sua fertile ed ardente volontà, era il suo ideale e, forse per l'unica volta nella sua vita, fu pienamente sodisfatto.

Si buttò nell'arte con ardore e quasi con un senso di liberazione, copiando il vero e, al tempo stesso, opere di grandi artisti del passato e contemporanei. La penna, la matita ed il pennello obbedivano alla sua esuberanza. Persone e cose ritrae con la stessa

(1) 1488. Ricordo questo dì primo d'aprile, come io Lodovico di Leonardo Buonarota acconciai Michelangelo mio figliolo con Domenico e Davit di Tommaso di Currado per anni tre prossimi a venire, con questi patti e modi: che 'l detto Michelangelo debba stare con i sopradetti detto tempo a imparare a dipingere, ed a fare detto esercizio e ciò i sopradetti gli comanderanno; e detto Domenico e Davit gli debbono dare in questi tre anni fiorini ventiquattro di sugello: el primo anno fiorini sei: el secondo anno fiorini otto; il terzo, fiorini dieci: in tutto, la somma di lire novantasei ».

agevolezza, non schiva le difficoltà e, anzi, va loro incontro per il gusto di vincerle. Riproducendo il disegno di una testa, lavorò con tanta verità (imitando col fumo pure la giallezza del tempo) che il maestro stesso non riuscì a riconoscere il modello. Copiò anche una celebre incisione di Martino Schongauer « Sant'Antonio tormentato dai demoni », lavoro difficile per l'aggruppamento e la vivacità dei mostri, che molestano il santo. Per dar maggior risalto a quelle favolose figure si serviva per modello di pesci dai colori vivaci scegliendoli al mercato. Si racconta poi, tra l'altro, che capitatogli, un giorno, tra le mani un foglio, nel quale il maestro stesso aveva disegnato alcune figure di donna, le contornasse con tratti di penna più vigorosi (1) dando così loro un più ampio respiro.

Un anno era passato. Il felice esito delle prime prove e il progresso rapido e continuo, che si andava svolgendo, accendevano, in pari tempo, l'ammirazione dei compagni e, sembra, l'invidia del maestro. Se quanti hanno scritto di Michelangelo, dal Condivi a Corrado Ricci, non l'avessero riferito con tanta ricchezza di particolari, non si crederebbe. Il carattere del Ghirlandajo e la stima che godeva in tutta Firenze per la sua nobiltà d'animo — che sembra apparire anco dalla espressione delle sue figure — non lascerebbe, invero, pensare che in lui allignassero sentimenti così poco generosi. Il fatto, però, d'aver rifiutato a Michelangelo il prestito del quaderno dei ritratti e schizzi, che soleva mettere a disposizione degli allievi e quello di negargli la paternità dei lavori — legittima ambizione, specie per i giovani — fanno davvero ritenere che il Ghirlandajo non fosse immune da quelle gelosie, che, tanto spesso e da per tutto, hanno macchiato la vita di artisti ed anche, diciamolo pure, di.... non artisti. Comunque Michelangelo lasciò la bottega del Ghirlandajo prima che fosse spirato il termine del contratto e senza che sia nota realmente la causa, non potendo farla risalire senz'altro ai contrasti ricordati. Afferma, infatti, lo stesso Condivi che Michelangelo ebbe sempre per il vecchio maestro alta stima sia nei riguardi dell'arte sia per i costumi. E non si può neanche pensare al bisogno di una maggiore indipendenza, perchè l'insegnamento vario e libero, che vi si praticava, gli dava agio di conoscere, avendone il desiderio, altri maestri e altre scuole. Ma se manca il « documento ufficiale » per la spiegazione di tale abbandono, si può, in verità, legittimamente tentar di ricavarlo pensando allo spirito di Miche-

(1) Vasari che era venuto in possesso del lavoro lo mostrò a Michelangelo quando aveva 75 anni. Lo riconobbe il Maestro ed « ebbe caro rivederlo, dicendo per modestia che sapeva di quest'arte più quando egli era fanciullo, che allora che era vecchio»

langelo sempre irrequieto ed allo stimolo di nuove aspirazioni, quali potevano essergli suggerite dallo studio delle opere del Ghiberti, di Mino e specialmente del Donatello.

Venuto a contatto ed alla scuola del Ghirlandajo, ebbe subito la gioia di vivere nell'arte, ma ben presto dovè sentire che la pittura non era sufficiente ad appagare il suo genio. « Il aspirait, dice ROLLAND, à un art plus héroïque ». La sua forte natura aveva bisogno di creare figure e cose, che avessero « realmente » consistenza ed una prova è data altresì dal fatto che, come scultore, ben poco produsse di bassorilievo, genere di lavoro che mal si addiceva alla sua indole annervata e fattiva. Sembra di vederlo. Pronto di idee quanto era parco di parole, l'azione in lui seguiva fulminea il pensiero; intollerante di ostacoli voleva rendersi ragione di tutto, isolare il soggetto, girargli attorno, avvolgerlo di aria e di passione. Per lui, come vedremo, la statua era preformata nel blocco di marmo, dal quale, sotto la mano dell'uomo, deve sbalzare la figura. Mirabile fatica! « Da prima, ben dice BILANCIONI — rivivendo appunto la bellezza dell'attitudine di uno scultore, secondo il concetto di Michelangelo — noi non vediamo che l'artista, perchè il marmo è ancora informe e l'uomo ci attrae di più. Poi, a poco a poco, a misura che le scheggie balzano turbinose da ogni parte e cadono, la figura comincia ad apparire e il marmo rivela già la sua forma umana, ci diamo a considerare l'opera e l'artefice insieme, commossi da questa rivelazione, che è poi creazione ; e della statua e dell' artista facciamo una cosa sola e un'ammirazione sola, finchè, terminata la poderosa impresa, l'idea chiusa nella dura pietra splende di eterna bellezza e il suo creatore — compiuta l'opera — rientra nella sua umile umanità ».

L'abitudine di sbozzare le figure nel marmo era, del resto, diffusa tra gli scultori del 400, per i quali lo scarpello era lo strumento meraviglioso con cui si fermava nella pietra la fede e la poesia ed il mezzo sublime, che — a traverso una commozione penetrata profondamente dagli elementi tutti della vita — realizzava il prodigio di suscitare l' uomo con il sentimento e l' espressione dell'anima. Michelangelo dalla forza creativa di tale arte sentì l'essenza del suo genio e, scoperto che l'ebbe, non ci pensò, come ben dice ancora ROLLAND, due volte. Lasciò, senza preoccuparsi del contratto, la bottega del Ghirlandajo e col Granacci, che gli aveva aperta la via, entrò nei giardini di San Marco......

MANICOMIO PROVINCIALE DELL'AQUILA

Il " Carattere „ nei Dementi paranoidi

Note del Dr. Prof. FR. DEL GRECO, direttore

I.

UNA CONCEZIONE PSICOLOGICA GENERALE DELLA PARANOIA

Or sono molti anni, cercai di interpetrare i delirii e gli stati mentali paranoici, subordinandoli ad una veduta psicologica comprensiva — Gli stati mentali paranoici si riassumevano, allora, in 3 sindromi cliniche: *delirii cronici sistematici — paranoie originarie e querulomanie - paranoie secondarie.*

Tipicamente, nelle figure più caratteristiche, io li pensai, quale *dissidio profondo della coscienza e sforzo di reintegrazione, di intellezione unificatrice.*

Mi spiego. Nell'individuo si inizia la psicosi, ora detta, da uno stato di malessere indefinito, da ipocondriasi e da preoccupazioni — Egli non sente sè, padrone di sè medesimo, delle proprie emozioni ed idee ed impulsi; non riesce a coordinarli, a prenderli (direi), a trasformarli nell'organesimo della consapevolezza sua, del suo ideare, meditato, voluto.

E' questo un fatto, iniziale, tipico: lo si osserva (sotto forme diverse) in molte follie che per gradi avanzano; ma negl' infermi, di cui si discorre, raggiunge una figura specialissima, distinta.

E' la seguente — Ho detto: L'individuo prova, che molta parte di sè gli sfugge: dal profondo interiore si destano imagini, sentimenti, impulsi, i quali non hanno la impronta, il *riconoscimento* di emanare dal sè, dal proprio centro personale. Ed, allora, spontaneo sorge al pensiero la intuizione, *che un'altra volontà abbia preso stanza nell'essere proprio*, che lo attacchi e lo sgretoli nell'intimo. Vi è dippiù: questa volontà nemica è appresa, come se prolungantesi al di fuori, è riferita a misteriose entità psicologiche, che vivono nel mondo.

Il nostro sofferente (a differenza del lipemaniaco delirante e di altri psicopati) *non si rassegna, non piega*: egli lotta con questi nemici. La lotta si svolge, specialmente, all'interno. E' *uno sforzo di reintegrazione, per riafferrarsi, per farsi uno e consapevole di sè.*

Qui sta il caratteristico dell'anima paranoica.

L'opera sua è inane; chè un risultato buono non è mai possibile. I pensieri, i moti d'animo gli sfuggono di mano: egli sente la persona, l'intelletto suo, che si dissolve, si disfà, e nulla può — Intimo tormentoso dissidio, ch'egli *obiettiva* (ripeto): ne trova la causa al di fuori: colà vede misteriose potenze estranee che lo penetrano.

E contro esse battaglia. Tutta la personalità sua istintiva, premuta da angoscie, da paure, da preoccupazioni, si inalbera dal profondo, e si travaglia ai nuovi casi.

Da ciò, da questo sforzo di riafferrarsi, di unificarsi in lotta con potenze, con personalità, estranee e nemiche, hanno origine *il delirio ed il sistema* — La interiore esperienza, egli simboleggia, trasferisce nella idea di *essere perseguitato*. E questa idea, questo *orientamento personale e giudizio nel tempo istesso*, cerca di spiegarlo, di *provarlo*, coordinandovi una infinità di piccoli fatti, di ricordi, e di false interpetrazioni. Sorge, così, quanto dicono il *sistema delirante.*

Il sistema importa, che la persona abbia un notevole sviluppo intellettuale; ma è determinato e sostenuto dallo stato di animo ora descritto; dall'*istinto di conservazione* acuito, da una condizione passionale, fissa, immota, sempre desta. Passione, acceso istinto, che fa tutto *interpetrare e coordinare* da quel rigido punto di vista — Tuttavia la coordinazione, ciò che dicono «sistema», male resiste. E' un lavoro di Sisifo, che si consuma nel costruirsi. L'uomo si divora nell'intimo e consuma. Egli non riesce a mettere dell'ordine

nel pensiero suo, più meditato e consapevole, nell'arruffio del proprio mondo interiore, sempre inquieto, mobile, caleidoscopico (1).

* * *

Gl'infermi, i quali rendono con maggiore compiutezza questo dramma psicologico, sono i *deliranti cronici* ad evoluzione sistematica progressiva del MAGNAN, gl'infermi di *paranoia sistematica tardiva* del MORSELLI.

Oltre, quando l'arruffio interiore vien meno, quando le allucinazioni ed imagini e vivaci idee opposte si discolorano; e non più, con i loro giochi perenni, fanno da velo al tormentato *centro personale* del soggetto: oltre, questo centro personale, eccitato, mosso da istinto di conservazione e combattivo, *straripa al di fuori* — Nelle prime forme, in quelle sistematiche, il disordine allucinatorio - imaginativo è, come folla di cavalieri, che agitano rossi mantelli e danno colpi di lancia al toro infuriato, posto in mezzo, il quale si difende, cerca di colpire e non riesce a spezzare quella mobile cerchia, fluttuante e nemica — In altre forme, la cerchia fantastica si dilegua, vapora: resta il toro, inquieto, litigioso, ostinato, pronto a sferrarsi contro il presunto avversario, contro qualsiasi *persona* od *istituzione* o *forma sociale*, appresa quale ostacolo, quale menomazione di sè. Sono i *paranoici - carattere*, i *querulomani*, i presenti infermi di delirio di *interpetrazione* e di *rivendicazione*.

Individui, non fantastici, non dalle imagini disordinate, nè in preda ad allucinazioni, come i primi; ma suscettibilissimi, con personalità istintiva iperestesica, dall'orgoglio irritabile in grado massimo: tristi, pronti a subodorare il nemico allo stimolo d'ogni piccola contrarietà nel vivere diuturno.

In costoro, la posizione d'animo è la istessa, come nel delirante cronico; medesimo è il dissidio; ma è spostato. Non si esplica più nel giro interno; bensì al di fuori, contro persone, vere, viventi.

Le innumerevoli *paranoie secondarie* di un tempo, esiti, e complicazioni in una, di *accessi lipemaniaco - maniaci* o *confu-*

(1) **Sulla evoluzione del delirio paranoico — Dall'Archivio di Psichiatria "Il Manicomio„ Nocera 1894.**

sionali, riassunte, ora, nei quadri clinici della « demenza precoce » e delle « psicosi tossiche o da esaurimento »; le dissi *paranoie iniziali*: delirii persecutorii o d'altra specie, sbozzati, adombrati (pulsanti, entro, sotto diverse sindromi), i quali non arrivano a completezza di sistema, ovvero a linea rigida di carattere, di esplicazioni di atti e di contegno.

Fra i paranoici, che non riescono a sistema di delirio, oltre i querulomani (i rivendicatori presenti), considerai alcuni infermi, da me detti, allora, *paranoici inerti* — Questi ultimi non sistemano il delirio, nè hanno l'attività compatta, inflessibilmente litigiosa dei querulomani; perchè il dissidio interiore e l'istinto di conservazione non vi sono molto acuiti. Con una particolare *apatia dell'animo*, hanno essi in difetto la *energia coordinatrice del pensiero*, lo sforzo di appercezione (dicevo) (1) — Si aggruppano, al presente, nelle forme « demenziali paranoidi »; quando non è necessario dirli frenastenici, vanitosi, dagli spunti deliranti (2).

II.

LA PRECEDENTE CONCEZIONE DOPO LA SINTESI CLINICA DI E. KRAEPELIN: I DEMENTI PARANOIDI

La paranoia, o, per meglio dire, l'alterazione della personalità, rivelata, specialmente, dal delirio sistematico di persecuzione, venne da me considerata (dal punto di vista psicologico - concreto), quale *processo*: *iniziale* nelle ultime forme, ora dette — paranoie secondarie di una volta — ; *culminante*, nel delirio cronico; contratto, *divenuto salda, immota figura personale*, (in altri termini) divenuto « carattere », nei querulomani od infermi a costoro vicini. Dissi, così, la paranoia, *tipica degenerazione del Carattere*.

Io non m'illusi (nè m'illudo al presente), di averne messe in luce le molteplici condizioni psicologiche generatrici. Avanzai, più che altro, uno schema, ipotetico, provvisorio, con lacune ed im-

(1) — *Sulla evoluzione del Del. par. e Delirio e forme paranoiche in rapporto ad altri delirii ed a condizioni patogenetiche* — Dall' Archivio di Psichiatria „ Il Manicomio „ Nocera, 1896 e *La Paranoia e le sue forme* (Atti del X Congresso della Società Fren. Ital.) dagli "Annali di Nevrologia „ Napoli, 1899.

(2) — Vedi l'altro mio Saggio: *Deficienti e Mentalità* Estr. dal "Manicomio„ 1917,

perfezioni innumerevoli — Ed ora chiedo a me stesso: Questo schema, possiamo dire, *che vada d'accordo con i fatti*, rivelati, in tutte le loro sfumature, dalla sintesi di EMILIO KRAEPELIN?

Parve di no, quando l'Alienista insigne divise le «forme deliranti» (di cui si ragiona) in due gruppi, nella *demenza precoce paranoide*, e nella *paranoia strettamente parlando forma costituzionale*, originaria (follia dei querulomani, dei rivendicatori ed interpetratori). Il KRAEPELIN chiuse, dapprima, il delirio cronico nell'ampio giro della demenza precoce. Ma, in seguito, non fu possibile star fermi sovra questa idea.

Il delirio cronico si osserva, d'ordinario, ad età matura, in personalità notevolmente evoluta; importa *certa saldezza e vigoria d'intelligenza*, estranee a quanto si nota nei precoci dementi. Suppone una *vivace reazione personale ed intellettuale*, fulcro dell'unità sistematica delirante (unità di interpetrazioni percettive e di ricordi); va con tonalità d'animo istintiva, compatta, eccitata, acuita.

I dementi precoci, al contrario, dimostrano, quale stigmate fondamentale, grande *apatia*, inerzia degli affetti e del volere (1): più che nella intelligenza (dicono molti autori) sono infermi nel lato dei sentimenti e delle conazioni.

Intelligenze, queste ultime, per nulla conservate e sane, in verità — I dementi precoci sono distratti, dall'attenzione instabilissima: ora rispondono giusto alle domande, ora non rispondono e sorridono, o ridono nervosamente, inseguendo vaporose interiorità.

Il loro campo rappresentativo, la loro area cosciente è mobilissima, con acuti torpori e rialzi subitanei: irta di lacune, di oscurità, semisognante — Benchè molte cose percepiscano e molte ricordino, divagano (ho detto): la loro intelligenza è tocca profondamente. Ne sono indice gli automatismi, le sistematiche opposizioni (i negativismi), gli atti ripetuti e monotoni (le stereotipie): fenomeni tutti, che hanno un *lato psicologico* (difficile a bene interpetrare e valutare); ma che, nondimeno, sono *estrinsecazioni* di qualche cosa di male connesso e difettivo in grado prominente.

Malgrado sprazzi di acume, sono intelligenze fiaccate alla radice; chè fiaccato vi è il *nucleo delle tendenze e dei sentimenti*,

(1) — Vedi in proposito il bellissimo libro della Dott. Costanza Pascal: *La Demence precoce* — Alcan éd, Paris.

onde l'ideare si afforza e si unifica in una veduta direttiva, signoreggiante le altre ed il lavoro tutto del pensiero.

*
* *

Non maraviglia quindi, se la paranoia (sistematica ed allucinatoria) debba escludersi, veramente, *dal quadro della psicosi in esame*. Ben lo dimostrarono, sugli altri tutti, gli osservatori di Francia.

Tuttavia il blocco, il quadro della precoce demenza (a linee tanto mirabili reso dal KRAEPELIN), nonostante le sfrondature dal suo tronco dell'*allucinosi* e del delirio cronico; sta, realtà clinica importantissima, fondamentale per la Psichiatria.

E da essa, lievemente ed (in alcuni casi) notevolmente, se ne distingue la forma *paranoide*, che si esplica con delirii, aberranti, sconnessi, contradittorii, assurdi. Lenta, o, non del tutto, piega nel decadere globale psicologico; ed (a quanto sembra) è *forma di passaggio* verso le psicopatie sistematiche ed allucinatorie. Meglio la conosceremo, andando in traccia di paranoidi, lievi, misconosciuti od appena riconosciuti.

Nella vita pratica occorre a noi di avere esperienza di molti individui, i quali vanno sotto il nome di « strani » od « eccentrici ». Costoro, in sugl' inizii della pubertà, lasciavano bene sperare: poi mutarono, in preda a misantropie, a sconforti, intramezzati (talvolta) da qualche non riuscito tentativo di suicidio. Ed, infine, divennero, cogli anni, buoni a nulla, od a ben limitata cosa — Non puliti, o lerci addirittura, trascurati nel vestire, oppositori sistematici a qualsiasi mutamento di vita o lieve consiglio che ad essi si rivolga (mettere in ordine la camera, cambiarsi la biancheria, radersi la barba, ecc.); pressochè *indifferenti* a tutte le domestiche traversie, malgrado parziali simpatie o tenerezze fugaci, verso una persona od animale qualsiasi — Sono, dopo tutto, incapaci di amori e di odii — *Fantasticatori vaporosi*, dediti ad elucubrazioni d' intelletto vane. In alcuni casi, iniziano, senza continuarli, poemi o drammi o trattati scientifico - filosofici, dal contenuto verboso, scolorito ed insussistente: spunti, intenzioni, che agonizzano in sul nascere. Talvolta essi giocano e bevono; ma sempre da inerti, da deboli. Il gioco ed il bere è, in quegli individui, come un impulso od un automatismo. E nulla più. Essi sono *abulici* dopo tutto: negativisti, automatici, vaporosi ed incoordinati nel pensiero.

Hanno dello *psicastenico* e del *paranoico*. Non sono psicastenici: chè, per niun modo, presentano l'angoscia, la tormentosa preoccupazione ipocondriaca e l'acuta attenzione interna dei primi: non paranoici, chè ad essi fa difetto ogni energia sistematrice di pensiero e l' « attesa » perenne, così vivace nei secondi. Sono permalosi, suscettibili, manipolatori (incoerenti e vani) di false idee, di sogni addirittura; però la suscettibilità loro personale non si adegua, lontanamente, a quella enorme, iperestesica dei paranoici.

Ciò non di meno essi vibrano fra queste realtà cliniche: sono al confine, casi *intermedii* fra le une e le altre — Ed ogni giorno, se ne osservano in figure, ancora più attenuate e varie, rispetto a quanto ho brevemente adombrato.

III.

I DEMENTI PARANOIDI IMPULSIVI

Un sintoma, che si osserva con molta frequenza negl'infermi, di cui si ragiona, è la *impulsività:* essa ha modi di rivelarsi particolari.

In soggetti, presso cui domina (giusta ho detto) un'*abulia fondamentale* di animo, con arresti nei muscoli ed opposizioni sistematiche di atti e di contegno, quando non vi sieno episodii convulsivi o ripetizioni di movimenti, meccaniche, inflessibili; in soggetti, così alterati nelle operazioni motorie; punto 'maraviglia, se alle volte insorgano, *estrinsecazioni, impulsi,* subitanei, inaspettati e gravi. E portano la impronta di quelle mentalità, semisognanti, transitive da certa luce di coscienza ad oscuramenti indecifrabili.

Tuttavia vi sono dementi precoci o paranoidi, nei quali la *impulsività* si attua con grande persistenza, come se caratteristica di uno speciale gruppo di individui, che diremmo: *i veramente impulsivi*.

In simili contingenze la stigmate (ora detta) si presenta, non di rado, a mo' di *residuo* di una condizione emotiva o passionale, che si ebbe all' inizio dell'accesso, o quando l'accesso, sordo, mal definito, grave incumbeva: *amore respinto, fuga e terrore per incendio, aggressione in rissa, ecc.*

Tutta la mimica dello infermo (nonostante sia poco o per nulla espressiva) lascia supporre, indovinare, dietro le immote sembianze

del volto, certo urto fievole o tenue pulsare di *frantumi di stati d'animo* (direi) in rapporto con quelle subite emozioni. E la impulsività va con essi: è fatta automatismo, è divenuta parte di quei ruderi di vita vissuta — Considerando l'infermo, si ha l'impressione, che vi sia in lui, come una non bene adombrata *idea fissa*, uno *stato d'animo fisso* (infecondo, meccanizzato, ripetentesi), il *quale sostenga lo impulso*.

Nella vita sociale si osservano individui presi da idee politiche eccessive — agitatori ribelli o reazionarii arrabbiati —, i quali diedero da fare molto alle polizie: finirono, in seguito, nel disordine psicopatico più evidente. Talvolta, in sugl' inizii, da un complesso di concezioni persecutorio-ambiziose, mistiche, di riforma e rivendicazione sociale, male contenute in quei cervelli (simili a cocci sbattuti in vaso di creta); derivarono, all' improvviso o meditatamente, qualche gesto solenne o colpo di mano: regicidio, proclami lanciati in mezzo ad Assemblee legislative, ecc. E, poscia, eccoli, folli conclamati, tocchi da irreparabile demenza, che ha le stigmati, i residui (ho detto) di quella vita ardentemente vissuta (1).

*
* *

Non sempre la idea, lo stato d'animo *fisso*, negli infermi di questa classe, si presenta, a mo' di automatismo inerte, semisonnambolico. — Altre volte si veste di *tutta la isolata lucidità di un vegliante "istinto,, aggressivo.* E sorprende, come in tanto scoloramento psichico globale, arda quel bagliore solitario.

Lo si osserva in molti *paranoici criminali*, da me studiati altrove (2). Gran parte di essi più esattamente li diremo: *dementi paranoidi*.

Importano, alle volte, una base di « arresto di sviluppo », di *deficienza psichica originaria*, che va con sintomi demenziali — Quegl' individui hanno linee di carattere, molto accentuate, sotto forma di impulsività, di *reazione* al preteso conculcatore o nemico.

---

(1) — Vedi il mio saggio: *Misticismo e Delinquenti ed Eroi Politici* — Rivista di Psicologia, 1913.

(2) — *Il delinquente paranoico omicida* — Dalla " Scuola positiva nella Giurisprudenza penale " Roma, 1894.
Il temperamento nei paranoici omicidi — idem 1897.
Sui delinquenti pazzi — dalla Rivista sperim. di Freniatria, ecc. 1900.

Reazione esageratissima, enorme: essi sono grandemente pericolosi — Compirono (non di rado) delitti paradossali: incendii spaventevoli o lanciarono bombe in teatri affollati; od uccisero qualche prossimo parente, con scempio atroce della vittima, ecc... E caddero nella foschia della demenza, da cui si rialzano, ad ora, ad ora, di momento in momento, come belva prostrata, che solleva la testa e mostra i denti.

Altri uomini, infermi della psicosi medesima, se di animo elevato moralmente, se non criminali, i quali ebbero in sugli albori della follia, od assai prima, idee di rigenerazione sociale e di ribellione; costoro, un simile nucleo di idee, o (meglio) di tendenze ideo - affettive, serbano (a metà spente) nell' animo, pronte a dar lampi intensi, per quanto inani e fugaci.

Ebbi l' occasione (un trentennio addietro) di curare nella Casa di Salute di Materdomini, il Cafiero, uno degli iniziatori del Socialismo Italiano — Era caduto malato di « demenza paranoide »; quantunque una simile fisionomia clinica particolare non fosse, in lui, nettissima: sembrava alcunchè di intermedio tra la forma *demenziale paranoide* e quella originaria (il "*delirio di rivendicazione*,,).

Egli aveva contegno, sembiante di uomo austero. Nell' inerte volto terreo s' intuiva alcunchè di grave e dignitoso, (direi quasi) come una remota angoscia e dolore. Era trascuratissimo nel vestire, vivendo le ore sue, immobile, quasi statua, o sonnolento, muto, apatico, incurante di ciò che gli accadeva intorno.

Un giorno, in cui si vide dappresso (non richiesto visitatore) un vecchio compagno, passato dal socialismo, utopistico e pericoloso dei primi tempi, a più miti ed interessati propositi; il Cafiero lo riconobbe. Si sdegnò, lo respinse, gridandolo, transfuga ed apostata.

Vi era del « fuoco sotto la cenere » in quella mente, che aveva tutte le sembianze di una irreparabile decadenza. Fuoco, emotività, che, insorgendo, prendeva le forme, proprie ad un uomo, dall' indole intellettuale, non aggressiva veramente.

IV.

Epilogo: COR CORDIS.

Ho insistito sui dementi precoci paranoidi, perchè furono i meglio studiati negli ultimi anni, dopo l'opera di costruzione e di semplificazione del KRAEPELIN.

Ed a me sembra, che, in qualche modo, confermino il rozzo schema psicologico, da me sopra adombrato.

Or ora ho detto, che i dementi paranoidi hanno (in alcuni casi) un fiorire di *istintività*, tra la depressa, fiaccata loro vita affettiva. E ciò spiega (forse) lo *insorgere*, in essi, di *tanti spunti deliranti*, i quali *non arrivano a maturazione e sviluppo.*

Come negli ordinarii paranoici, vi è, in costoro, l'*apprensione mitica* di un potere esterno, avversario, dominatore; ed, inoltre, vi è *disposizione a reagire*, interpretando il contegno degli altri uomini, regolando le proprie azioni, a seconda di quel loro convincimento. Ma un tale *reagire* non è stabile, *non è continuativo.* In niun modo, essi presentano l'*attenzione sempre vigile, lo argomentare serrato* del cronico delirante o del rivendicatore. Divagano, sono aberranti nello ideare ed apatici (ho detto).

Per questa incoordinazione intellettuale, per i dislivelli ed oscillazioni perenni della loro consapevolezza, in una con le altre deficienze affettivo - volontarie; non riescono a costruire delirii.

Talvolta hanno molto accentuato il *nucleo di pervertito carattere*, in forma di « istinto aggressivo e ribelle », dappresso a cui rampollano (ho detto) altri e varii motivi deliranti; però un simile nucleo, o fondo di animo, non ha sviluppi, a cagione del loro stato personale complessivo. Se lo istinto o deviato carattere ha manifestazioni: le ha, più che altro, *criminali, impulsive:* scariche disordinate di una tensione interna.

Parmi, quindi, che la indagine del Carattere nei paranoidi dementi, confermi, in qualche modo, ciò che, a principio, ho ricordato.

Nel demente paranoide può essere notevolissimo il fondo reattivo, l'apprensione persecutoria, antiumana: e non più. Mentre nel cronico delirante si va oltre, *si vive l'intimo dramma* di una intelligenza, di una persona, formata, evoluta, ad età matura, che in sè stessa si consuma e tormenta, al lavorio imaginativo - sensoriale, implacabile, vivace.

Nei primi, il deviato Carattere si mostra, *germinale, agl'inizii istintivi:* nel secondo, prende il complesso vivo dei loro affetti e pensieri e conazioni, basse, primitive ed elevate: sta nel cuore del loro cuore.

Infine nel *rivendicatore* dominano la compatta volontà e lo intelletto « monolineare » — Il rivendicatore è un convinto, un uomo di fede. Ha tetragona fede: comprensione da un lato solo e angustissima, ristretta, o nulla. Il rivendicatore concreta in sè la

deformazione del Carattere nella espressione più compiuta. Ed è uno *psico-anomalo originario*, che non di rado serba, fino alla età più tarda, la vivacità dello intelletto ed il benessere fisico. — Natura secca, lignea, con quella sua ira cronica e litigiosità implacabile.

Gli altri due (il demente paranoide ed il cronico delirante) sono, anzichè anomali, *meno* anomali psichici; *più*, sono individui, infermi di *invalidità neuro-psichica:* questa li fiacca inesorabilmente, senza demolirli appieno (1).

* * *

Dissi, che i tre gruppi di forme (demenze paranoidi — delirio cronico — e di rivendicazione) rispecchiavano tre fasi o momenti di *sviluppo della degenerazione paranoica*, tipica degenerazione di Carattere.

Per tal modo, via, via, dal campo della Medicina Mentale mi volsi a quello della Psicologia concreta od Etologia umana. E valicai, senza lungamente indugiarvi, la estesa regione della Clinica, così tormentata ed oscura per complessi problemi; dove uopo è si fonda lo studio psicologico con quello organico e patogenetico. La Clinica è, sovratutto, *Biologia individuale* — Tesi, adunque, il pensiero altrove, inseguendo un obiettivo diverso, più lontano.

Dal punto di vista etologico, il paranoico è mostruosa accentuazione di un *momento fondamentale* nella dinamica interiore del Carattere — In una con momenti di *reazione, di integrazione personale* e di istintività egoistica e combattiva; vi sono, in noi, momenti di *simpatia*, di pieghevolezza e *consonanza* con gli altri uomini.

Il formarsi del Carattere importa, che si contemperino queste due opposte vibrazioni. Onde due tipi di Carattere: il *personale ed il simpatetico* (2).

---

(1) — *Delirio e forme paranoiche in rapporto ad altri delirii ed a condizioni patogenetiche, ecc.*

(2) — Vedi l'alro mio Saggio: *Due tipi fondamentali di " Carattere ,, normali ed anomali* — Estr. dalla "Rivista Ital. di Neurop. Psichiatria ecc. „ Catania, 1915.

Le ricerche psicopatologiche concorrono a dare una precisa, distinta idea dei *temperamenti* da una parte, del *Carattere* dall'altra. Ne dispongono a concepire l'ultimo, il Carattere, *quale modo costante, abituale dell'orientamento* nostro, fra gli uomini; cui si unificano, o ne sono dipendenti, le *azioni* ed il *contegno* nostro.

Mutano il Carattere, in parte, nei culmini suoi, le idee o le esperienze, che riescono a farsi *sentimento e vivace imagine e modo di vita;* se raggiungono mai quel « focolaio di animo », di cui ho lungamente discorso in queste pagine: focolaio, talora, inaccessibile per gli estranei, e (nondimeno) cuore del nostro cuore (1).

Aquila, 9 Giugno 1923

---

(1) — Vedi il mio Saggio: *Intellettualità e Carattere* — "Rivista di Psicologia", Bologna, 1921.

Manicomio e Neurocomio Russo in Miano (Napoli)

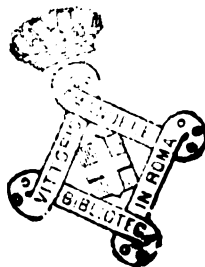
diretto dal Prof. ANDREA GRIMALDI

L'astasia-abasia nella demenza precoce

Nota clinico-psicologica

DEL

Dottor LELIO GRIMALDI

Medico

In un mio precedente lavoro (1) ho messo in evidenza un sintoma molto frequente nella demenza precoce, la cheimafilia; mi occuperò invece nel presente di uno molto raro e non meno interessante, l'astasia - abasia.

E' noto che il BLOCQ (2), studiando alcuni casi fornitigli dallo CHARCOT, suo maestro, da JACCOUD, ROMEI ed altri, riuscì ad individuare ed a definire quello speciale complesso sintomatico cui dette il nome di « astasia - abasia » e che è rappresentato dalla impossibilità in alcuni ammalati di reggersi in piedi e di camminare normalmente, quando in pari tempo, nè la sensibilità, nè la forza muscolare, nè la coordinazione per gli altri movimenti degli arti inferiori, sono in alcun modo compromessi.

A spiegarsi il fenomeno lo stesso A. riteneva doversi ammettere l'esistenza di centri midollari di moto coordinati per la stazione eretta e pel cammino, sottoposti all'azione di centri superiori, corticali, e supporre la possibilità di lesioni di uno di essi centri o la interruzione dei rapporti reciproci.

Una sede spinale del disturbo veniva accettata anche da JACCOUD (3) e da WEBER (4), che pensavano ad una accresciuta eccitabilità midollare, mentre CHARCOT affermava trattarsi di un semplice difetto nella coordinazione dei movimenti necessarii alla stazione eretta ed al cammino sotto la influenza di un trauma o di una emozione violenta, ed il WEIR-MITCHELL invocava una perdita della

nozione dell'equilibrio e della misura della forza occorrente a mantenerlo.

Ma il BLOCQ (5) poco dopo, modificata la sua precedente opinione, riconobbe all'astasia - abasia una genesi essenzialmente corticale e la considerò come una acinesia psichica sistematizzata prodotta da deboli o alterate rappresentazioni mentali relative al cammino normale con conservazione di quelle riferentisi ad altri modi di camminare, ai movimenti generali degli arti ed alla loro forza muscolare.

A favore di tale origine si pronunziarono anche SÉGLAS e SOLLIER (6), che per dippiù pensarono a fenomeni di amnesia delle rappresentazioni organiche, e tutti coloro che ritennero il disturbo quale manifestazione morbosa funzionale dell'isterismo o provocata da auto - suggestione.

CHARCOT nel suo trattato di medicina (7) distingue una forma paralitica dell'astasia - abasia da una forma atassica, che suddivide a sua volta in trepidante e coreiforme: non altrimenti il PITRES (8), che, nelle sue lezioni cliniche sull'isterismo, parla appunto di tre varietà principali di astasia - abasia: la paralitca, la trepidante e la coreiforme; alle quali occorre aggiungere quella caratterizzata dalla rigidità e descritta da M. P. RICHER (9) e la cosiddetta «saltatoria» del BRISSAUD (10).

Ma ben presto la sindrome del BLOCQ, da tutti gli autori ritenuta appartenente al quadro dell'isterismo, fu riscontrata anche in altre forme morbose.

BISWANGER (11) e LADAME, ma specialmente il primo, la descrivono nelle psicosi neurastenico - ipocondriache, come più tardi accettano ZIEHEN, (12) che, accanto alle forme isteriche ed ipocondriache, ammette le emotive e le ossessive, FRIEDLÄNDER (13) ed il TRÖMMER (14).

MORSELLI (15), uniformandosi alle vedute di SÉGLAS e SOLLIER (16) e di PETRÈN (17), la considera una sindrome vesanica, poichè egli dichiara «gli alienisti hanno occasione quasi ogni giorno di scorgerla nella malinconia, nello stupore, e negli accessi catatonici delle paranoie acute sensoriali».

DANA (18) la riscontra nella paralisi agitante, BRASCH (19) nel morbo di BASEDOW, CÉNAS (20) nell'alcoolismo, PETRÈN (21) nei vecchi con indebolimento mentale e con lesioni a focolaio, sia dei nervi periferici che dei vasi degli arti inferiori, ed infine THISSEN (22), SANNA SALARIS (23) ed altri, con diversi contributi clinici, in epilettici.

La tendenza a voler rinvenire l'astasia - abasia fuori dell'isterismo è stata più volte ostacolata e combattuta, e certo non a torto, se si pensa che in molte delle dette forme morbose essa appariva ora clinicamente incompleta, o così fugace da sottrarsi ad uno studio serio ed accurato, ora chiaramente in concomitanza di cause organiche o alla loro dipendenza, come di motivi che potessero essere giustificati da un fondamento adeguato.

In conformità di tali vedute il Boettiger (24), nella seduta del 7 maggio 1907 del Congresso di Medicina di Amburgo, confuta le argomentazioni di Trömmer e di Hess, affermando che qualcuno dei loro soggetti si deve considerare come un caso di ipocondria e non di astasia - abasia e che la differenza sostanziale tra l'astasia - abasia isterica e quegli analoghi sintomi, che si riscontrano negli stati neurastenico - ipocondriaci, sta essenzialmente nel fatto che quella appare immotivata e questi invece logicamente motivati dalla idea morbosa.

Il Ballet (25) ritiene che fra le osservazioni riportate dal Petrén (l. c.) nei vecchi quelle, che rispondono ai caratteri di vere astasie - abasie, debbono essere considerate sempre come di natura isterica. Ma è dato di pensare che nei vecchi del Petrén, per la presenza delle cospicue alterazioni del sistema nervoso centrale (lesioni a focolaio), dei nervi periferici e dei vasi degli arti inferiori, piuttosto che supporre la concomitanza di fenomeni isterici, si possa più facilmente parlare di disbasie organiche, o di disbasie dovute ad uno esagerato senso subbiettivo di debolezza negli arti stessi, sulle tracce però di una condizione reale, accompagnato ad emozione e preoccupazione: stati, questi, facili a sorgere per le condizioni di indebolimento mentale, se non di vera decadenza mentale, quasi inevitabili in tali soggetti.

Ed ancora non mi pare che si possa parlare di astasia - abasia là dove le gravi condizioni mentali, gli stati dolorosi dell'animo, che riducono o annientano qualsiasi attività, il ristretto ed offuscato campo della coscienza, l'annullamento del potere volitivo (malinconia, stupore, accessi catatonici di psicosi sensoriali — Morselli [l. c.] —) autorizzano piuttosto a giudicare la impossibilità o l'incapacità a conservare la stazione eretta ed il cammino alla stregua delle altre manifestazioni di condotta, caratteristiche in tali forme morbose.

In ogni modo dalla letteratura di questi ultimi anni risulta che la maggior parte dei nevrologi ritiene l'astasia - abasia, alla quale più non si riconosce la possibilità di costituire una sindrome

a sè, come in primo tempo credeva lo stesso BLOCQ, rappresentare un caratteristico complesso sintomatico dell'isterismo accanto agli altri suoi innumerevoli e svariati fenomeni. E per la migliore dimostrazione di ciò, è utile qui ricordare, che non è mancato il ricco contributo della guerra, raccolto sui campi di battaglia, a giudicare dal fatto, ad esempio, che solo nell'armata serba DAMANDE e DUNOT (26) riscontrano ben 115 casi di astasia - abasia, guariti con la psicoterapia, su 500 di forme neurotiche varie: che HESNARD (27), medico capo del centro neurologico militare francese della 19. sezione (Bizerte), afferma di aver avuto agio di osservarla in molte decine di soldati, e che GUILLAIN e A. BARRÈ (28), svolgendo lo stesso argomento nella Rèunion Mèdical della 6. Armata del 12 gennaio 1916, sostengono eguali vedute.

* * *

Poichè recentemente nella « Revista Stiintelor mẹd. » citata dalla Revue neurologique (29) da URECHIA E POPEN viene descritto un caso di astasia - abasia in un demente precoce, e poichè nelle ricerche bibliografiche, per quanto minuziose, non mi è riuscito di trovarne altri casi, e nei trattati di clinica psichiatrica, da quello recentissimo del KRAEPELIN ai nostri più rinomati, non si tiene affatto parola di questa evenienza, ho creduto opportuno riportarne qui un interessante caso, da me osservato in questo Manicomio, non solo per fornire un nuovo contributo clinico, ma, ancora più, per dimostrare come il fenomeno disbasico trovi nella demenza precoce la stessa genesi psicologica che nell'isterismo, e per saldare così un nuovo anello della catena che lega fra loro queste due grandi figure cliniche dal punto di vista, per ora, delle molteplici analogie sintomatiche.

Difatti, tali caratteri di somiglianza sono ormai consacrati nella letteratura: essi apparvero fin dai tempi nei quali la demenza precoce non era ancora nota, se consideriamo che l'ARNDT (30) già dal 1868 ampliava i confini della catatonia del KALBAUM, introducendovi proprio « come poco guaribili e fra loro affini, tutti quei dementi, isterici, stuporosi, malinconici che, malgrado la diversità delle diagnosi, presentano certe attitudini stravaganti (stereotipie, ecolalie, etc., assieme ad atteggiamenti statuari ..... » (TANZI).

E in data piu prossima BIANCHI L. (31) dichiara che la demenza precoce si può iniziare con attacchi convulsivi isterici, e riscontra la catatonia anche nell'isterismo.

KRAEPELIN (32) tratta in una interessante pagina dell'ultima edizione della sua Psichiatria, la diagnosi differenziale, « talvolta difficile ed ardua » fra le due figure cliniche, fissandone le fini sfumature.

TANZI e LUGARO (33) stabiliscono i punti di contatto fra le due forme, nelle quali, come è noto, si hanno gli stessi imponenti fenomeni di dissociazione psichica, e specialmente, in comune, alcuni sintomi che interessano la motilità ed in genere il campo somatico.

PAUL SERIEUX (34) dice che i prodromi della demenza precoce sono frequentemente caratterizzati da disturbi nervosi e psichici che si attribuiscono generalmente all'isterismo, ai quali possono aggiungersi in seguito, secondo le affermazioni di WEJGANDT - ROUBINOVITCH (35), il negativismo, i manierismi, i tics, lo stupore, gli atteggiamenti deliranti etc.

NISSL F. (36) dichiara di essere stato spesso costretto a formulare diagnosi di isterismo, tanto i casi parevano classici, laddove l'ulteriore decorso dimostrò trattarsi invece di demenza precoce.

Tale possibilità di errori diagnostici viene ammessa quasi ad unanimità dal quarto congresso Belga nel 1908 (37).

HALBERTSTADT G. (38) illustra due casi di dementia precox, iniziatisi con crisi convulsive simulanti perfettamente l'isterismo, in uno dei quali si potè osservare una paraplegia funzionale durante lo spazio di ben cinque anni.

RÉGIS (39) richiama anche egli l'attenzione sulla diagnosi differenziale, che il LUCKERATH (40), in una sua monografia, appunto su questo argomento, riconosce difficile spesso e qualche volta impossibile, quando nel decorso di una delle due forme morbose si presentano i sintomi dell'altra, al punto da essere costretti a rimandare un preciso giudizio diagnostico all'esito conclamato.

A. BASSI (41), infine, descrive due osservazioni, passate in guarigione, nelle quali per lunga pezza i fenomeni di una corea isterica si confusero con la catatonia.

⁂

Ed ora ecco la storia clinica di S. G. di Angelo da Pellaro, nato il 10 novembre 1880.

Dall'anamnesi familiare si rileva che la nonna paterna e un fratello di lei furono affetti da gravi malattie mentali.

Nell'infanzia il S. ebbe morbillo e scarlattina, ma pare che sia stato in appresso sempre in discrete condizioni di salute fisica.

Non così sano fu però nelle funzioni psichiche, perchè ben presto dimostrò carattere malinconico e visse isolato nell'ambiente domestico.

Dedicatosi con buona attitudine, come sarto, all'arte del taglio, emigrò e fu appunto in Buenos - Ayres che comparvero i primi ed autentici segni del male, pei quali fu costretto a rimpatriare. Rimpatriatosi apparve ancora più profondamente mutato nella condotta ed in preda a delirio di grandezza. Aspettava forti somme, che alcuni amici dovevano inviargli dall'America e si proponeva di diventare imperatore. Telegrafava al Prefetto di Napoli e conferiva a voce con quello di Reggio, dichiarandosi seccato del lungo ritardo nell'arrivo del denaro da tanto tempo spedito, e, pensando di ascendere al trono, lacerava gli abiti affidatigli in confezione e spezzava le forbici del mestiere.

Spesso accusava anche dolori generali, a preferenza però negli arti inferiori ed in alcuni organi interni; li riteneva prodotti da influenze nocive esercitate su di lui a distanza da società americane, e rifiutava perciò l'opera del medico.

Alle volte rivolgeva ingiurie al padre ed ai familiari, se non veniva accontentato in alcuni suoi desideri.

Aggravatosi infine nei suoi disturbi i parenti furono costretti a richiederne il ricovero in manicomio, che ebbe luogo in Miano il 28 maggio 1908.

L'esame neurologico, che nel soggetto in discorso richiedeva speciale attenzione, se si eccettua una lieve eccitabilità dei riflessi profondi, rivelò normali le funzioni di senso e di moto, nè dimostrò in altre disturbi degni di nota.

L'infermo è bene orientato nel tempo e nello spazio. Sa di trovarsi in un manicomio e, pretendendo di non essere un ammalato di mente, attribuisce il provvedimento preso contro di lui a ragioni di invidia e di vendetta del Governo italiano.

Manifesta spontaneamente idee deliranti di grandezza, che gli procurano un senso di grande benessere e di soddisfazione. Egli afferma di avere meritato dal Governo inglese, trovandosi in America, il titolo di governatore pattuito col Governo d'Italia. Per tale carica, di cui resta sempre in attesa della comunicazione ufficiale, egli è già ricco di vistose somme, che per altro gli debbono arrivare fra qualche giorno.

Tale delirio è collegato ad altre idee del tutto strane, incoerenti e spesso incomprensibili. Egli, ad esempio, dice di avere meritato il titolo di governatore per aver saputo resistere alle cosid-

dette « etinzioni consuetudinarie americane », che poi egli stesso non sa spiegare. Pare tuttavia che si riferisca alle azioni di qualche società o gruppo di persone che chiama « secreti Amitori », la cui finalità sarebbe quella di infliggere all'individuo ogni sorta di sofferenze fisiche. Le società americane che produrrebbero su di lui le cosiddette « etinzioni » sarebbero sussidiate dal Governo italiano allo scopo di distruggerlo e raggiungerebbero l'azione deleteria sul suo organismo « per mezzo del pensiero e della impressione ».

Questa incessante azione nociva si esplicherebbe, alle volte, istantaneamente arrestandogli la circolazione del sangue, per cui è diventato anche impotente al coito.

Egli d'altro canto non è molto preoccupato di questo stato di cose, che è solamente temporaneo e cesserà non appena avrà ricevuto dalle Autorità la comunicazione della sua nomina a governatore.

La certezza del conseguimento di questi fortunati eventi lo conserva in una continua euforia.

Il delirio diviene in seguito poco chiaro ed è espresso da un linguaggio pronunziato con enfasi di saccenteria e con accento esotico, ma notevolmente sconnesso, sgrammaticato, pieno di neologismi ed immagini verbali alterate nel loro concetto. Le sue lamentele continuano e riguardano, come ho detto sopra, mali fisici, che localizza in organi di una anatomia di sua invenzione anche nella terminologia.

Fin dai primi tempi del suo ricovero questo infermo ha presentato un classico fenomeno di astasia - abasia scoperto in seguito al fatto che da alcuni giorni si rifiutava di abbandonare il letto, affermando di non potersi reggere in piedi.

Obbligato ad assumere la posizione eretta egli piombava in terra o vi cadeva dopo varii tentativi di reggersi sulle gambe, che apparivano deboli e vacillanti, mentre poteva portarsi in qualunque posto se gli si porgeva un sostegno o se si appoggiava alle mura o ai mobili.

Nella posizione orizzontale, o seduto, egli poteva compiere perfettamente tutti i movimenti con gli arti inferiori, che conservavano integra la loro forza muscolare.

E' interessante qui notare che tale fenomeno non ha presa alcuna parte all'edifizio delirante del malato, poichè questi non lo ha mai attribuito alle persecuzioni cui si sentiva soggetto per altri disturbi.

⁂

La lunga degenza del S. nel manicomio, la non breve durata del fenomeno abasico hanno permesso lo studio accurato e completo, così della forma clinica che del caratteristico disturbo di motilità, in base al quale posso sicuramente affermare che:

1. La forma morbosa presentata da S. è una sindrome di demenza precoce paranoide (varietà ipocondriaco - persecutoria) la quale trova i suoi elementi diagnostici nei seguenti fatti:

a) Il S., non indenne nel gentilizio, era stato, fino al momento dello scoppio della malattia, intelligente e munito di sufficiente attitudine e capacità nel suo mestiere di sarto.

b) I suoi disturbi sensoriali sono costituiti principalmente da allucinazioni cenestesiche e viscerali e da pseudo - allucinazioni (influenze esercitate attraverso il pensiero o nel pensiero) il cui contenuto d' immagini, stravagante, insensato, è costituito da una accozzaglia di sintomi aventi una base anatomica e funzionale del tutto fantastica.

c) I delirii ipocondriaci e persecutorii non hanno alcun fondamento in vicende reali della vita, falsate o malamente interpretate, nè in reali condizioni fisiche, ma sono una creazione autonoma e scriteriata della mente espressa in una dizione informativa, la quale, quando assume la forma polemica o protestante, non eccede i limiti di una manovra verbale che si arresta sulla soglia del sentimento o dell'azione senza varcarla.

d) I detti delirii, espressione più alta della dissociazione mentale, sono talvolta assurdi e paradossali, specie in ordine ai gradi cui il malato aspira e ai crediti che vanta, e imitano quelli della paralisi progressiva, la quale, del resto, per l'assenza di tutti i disturbi obbiettivi caratteristici di essa, resta esclusa.

e) I neologismi, le sgrammaticature, il manierismo verbo - fonetico completano la sindrome stessa.

2. Il descritto disturbo di motilità è una vera astasia - abasia. Infatti in S. esso si presenta nei limiti e nei particolari semiologici discritti dal Blocq, come si è visto, e mancano assolutamente note di alterazioni organiche a carico del sistema nervoso centrale e periferico e di quello circolatorio, le quali avrebbero potuto infirmare la vera natura psicogenetica del fenomeno. Inoltre si può escludere qualsiasi confusione clinica del disturbo abasico con

manifestazioni di negativismo, stereotipia, catatonia, etc. le quali non si sono osservate in S. durante tutto il decorso del male.

.˙.

Nell' illustrare il loro caso di astasia - abasia, URECHIA e POPEA (l. c.) mentre riconoscono la estrema rarità d' incontrare tale acinesia psichica nella demenza precoce, la considerano come un fenomeno di negativismo. Questa opinione mi sembra di non potersi accettare per due ragioni importanti, l'una di natura psicologica, l'altra clinica.

1. Considerandola quale manifestazione negativistica essa dovrebbe logicamente rappresentare niente altro che l'opposizione alla stazione eretta ed al cammino. Ma, da una parte, nello S., come del resto in tutti gli astaso - abasici, la manifestazione clinica di una vera opposizione manca, perchè, se lo S. non può tenersi in piedi, si sforza di rimanervi o sta seduto e, se gli riesce impossibile il cammino fisiologico, purtuttavia cammina, sebbene in maniera anormale, quando abbia l'aiuto suggestivo di un appoggio e, dall'altra, la clinica ha dimostrato in centinaia di casi che i dementi precoci realizzano e nella ostinata giacenza per terra o in letto, e nella immobilità assoluta il loro sentimento di contrasto, di antagonismo alla vita di movimento, ed innanzi tutto alla stazione eretta ed alla deambulazione (GRIMALDI L. — l. c.).

2. Poichè la clinica ha messo in luce la straordinaria frequenza del negativismo nei dementi, al punto da costituire la sua assenza una evenienza di estrema eccezione, come si concilierebbe con questo fatto la riconosciuta rarità dell'astasia - abasia?

Non potendo quindi attribuirle una natura negativistica, nè tanto meno considerarla quale stereotipia o come fenomeno di catatonismo, la patogenesi dall'astasia - abasia nei dementi precoci da quale base psicologica muove?

Muove, a mio parere, dalla dissociazione fra pensiero ed azione, cioè dalla perdita dei rapporti tra rappresentazioni ideative di moto e funzioni motorie.

Mentre l'astasico - abasico è al caso di rappresentarsi e si rappresenta realmente tutta quella serie di operazioni muscolari occorrenti a realizzare la stazione eretta e la deambulazione, non trova, anche disponendosi a tentativi di esecuzione dei movimenti pensati, la corrispondenza di una esplicazione completa di atti e la proporzione nella misura dello sforzo. Per tale fenomeno occorre

verosimilmente un'alterazione del fondamento organico, cui sono devoluti i detti rapporti fra immagini motorie e movimenti, ma da intendersi solo in un significato funzionale.

E ciò in modo per nulla dissimile da quanto si verifica nello isterismo, in cui l'elemento essenziale per la produzione dei disturbi di motilità è appunto la dissociazione mentale, il che è noto fin da quando la natura psicogena dei fenomeni isterici è stata proclamata e riconosciuta ad opera non ultima dei nostri più insigni alienisti e neuropatologi (GRIMALDI A.) (42).

Oltre alla dissociazione mentale si potrebbe da qualcuno introdurre come elemento genetico dell'abasia - astasia del S. un'alterazione della sensibilità somatica e più propriamente della cinesi - estesia, poggiandosi sul fatto della presenza in esso di allucinazioni ed illusioni corporee; ma, come innanzi ho detto, non essendosi nell'esame obbiettivo del soggetto nulla rilevato a carico della sensibilità muscolare, un simile fattore patogenetico resta del tutto escluso.

∴

Da quanto ho sopra esposto risulta che:

I. L'astasia - abasia si riscontra nella demenza precoce, ma vi rappresenta uno dei più rari fenomeni.

II. Lo stato di dissociazione mentale, comune così all'isterismo che alla demenza precoce, ne costituisce la condizione psicologica genetica.

Napoli, luglio 1923.

BIBLIOGRAFIA

(1) GRIMALDI L. — « La Cheimafilia nella demenza precoce » — *Annali di Nevrologia* n. 4 — 1923.

(2) BLOCQ — « Sur une affection caracterisée par l'astasie - abasie » — *Arch. de neurologie*, 1888; XV. p. 24.

(3) JACCOUD — Citato da BISWANGER — *Berliner Clin. Wochenscrift.* 1890.

(4) WEBER — « Astasie - Abasie » — *Revue Neurologique* — 1893.
» - » » — *Médical Record* 23 dicembre 1893, N. 1207, pag. 808.

(5) BLOCQ — « Le troubles de la marche dans les maladies nerveuses » — Paris, 1893.

(6) SÉGLAS e SOLLIER — « Follie puerperale, amnesie, astasie - abasie » — *Archives de Neurologie*, vol. XX. — 1890.

(7) CHARCOT - BOUCHARD - BRISSAUD — Traité de Médecine, Vol. X. — Masson, Edit. 1905.

(8) PITRES — « Leçons cliniques sur l'isterie » — I. pag. 462.

(9) RICHER M. P. — Citato da CHARCOT — loco citato.

(10) BRISSAUD — Traité de patologie general, Vol. V. — Parigi, 1901.

(11) BISWANGER — *Berlin. Klin. Wochenscrift* — 1890.

(12) ZIEHEN — *Eulemburge Real. Enciclopädie* — 1893 — Heft. I.

(13) FRIEDLÄNDER — « Ueber Astasie - abasie und ihre Behandlung. » — *Neurol. Centralblat* — 1894, pag. 354.

(14) TRÖMMER — « Über Abasie » *Neurologisches Centralblat* — 1907.

(15) MORSELLI — Manuale di Semeiotica delle malattie mentali Vol. II. pag. 228.

(16) SÉGLAS e SOLLIER — Citato da MORSELLI in loco citato.

(17) PETRÉN — *Archiv. fur Psych. und Nervenkr.* Vol. 33., quad. 3. Vol 34., quad. 2. — Anno 1900 - 1901.

(18) DANA — *Riforma medica*, n. 238 — Ottobre 1891.

(19) BRASCH — « Ein Fall von Abasie » — *Cent. fur Nerven. und. Psychiatrie.*

(20) CÉNAS — Citato da SANNA SALARIS — « Note cliniche su due osservazioni di astasia - abasia in soggetti epilettici » — *Rivista di Patol. Nerv. e Ment.*, anno 1902, pag. 497.

(21) PETRÉN — Loco citato.

(22) THISSEN — « Sur l'astasie - abasie » — *Archives de Neurologie*, vol. XXI., n. 61 a 62 — 1891.

(23) SANNA SALARIS — « Note cliniche su due osservazioni di astasia - abasia in soggetti epilettici » — *Rivista di Patol. nerv. e ment.*, anno 1902, pag. 497.

(24) BOETTIGER — Congresso di Medicina di Amburgo, 7 maggio 1907. *Neurol. Centralblatt* — 1907 — pag. 773.

(25) BALLET — *Neurologisches Centralblat*, anno 1902.

(26) DAMANDE and DUNOT — « Astasia - abasia in The Servian Armi » — *Journ. Medic. di Bordeaux*, giugno 1919.

(27) HESNARD A. — « L'astasie - abasie de nature emotionelle etc. » — *Revue neurologique* — 1917, pag. 434.

(28) GUILLAIN e BARRÈ — Réunion medical de la VI Armée 12 janvier, 1916 — *Revue Neurologique* — anno 1916.

(29) URECHIA e POPEA — « Astasie - abasie ou negativisme chez un demente précoce » — *Rivista Stiintelor med.* — N. III. 1919, citato dalla *Revue Neurologique* — n. V. pag. 522, anno 1921.

(4) ARNDT — Citato da TANZI e LUGARO — *Trattato delle Malattie Mentali.* — Soc. Ed. Lib. II. ed. pag. 442.

(31) BIANCHI L. — Tratt. di Psichiatria — II Ediz. Pasquale Edit. pag. 564 - 567.

(32) KRAEPELIN — Psychiatrie — III. BAD. II. TEIL. J. BARTH. 1912. pag. 960.

(33) TANZI e LUGARO — Loco citato — pag. 497.

(34) PAUL SERIEUX — *Revue de Psychiatrie* — 1902, pag. 257.

(35) WEIGANDT - ROUBINOVITCH — *Revue Neurologique* — 1910. n. II.

(36) NITSL F. — « Hysteriche Symptome bei einfachen Seelenstörungen » — *Centralblatt fur Nervenk. und Psych.* — gennaio 1902, p. 2 e 30.

(37) IV. CONGRESSO BELGA di Neurologia e Psichiatria - *Encéphale* — 1903, pag. 612.

(38) HALBERTSTADT G. — « Phénomenes Hysteriformes au début de la demence précoce » — *Revue Neurologique* — anno 1910, II. semestre, pag. 161.

(39) REGIS — Précis de Psychiatrie — IV. edition — Doin, Paris 1909.

(40) LUCKERATH — « Zur differentialdiagnose zwichen Dementia praecox und Historie » — *Allg. Zeitsch. fur Psych.* — vol. 68, parte III. pag. 512, anno 1911.

(41) BASSI A. — « Catatonia e corea isterica » — *Annali del Manicomio di Perugia* — Anno III. fasc. IV. pag. 353 - 366.

(42) GRIMALDI A. CORRADO E RAFFAELE — « La personalitá somato - psichica di una isterica omicida » Tip. Ed. Tocco e Salvietti, Napoli 1907 — *vedi il capitolo sulla* « natura dei fenomeni isterici » pag. 133.

Manicomio Interprovinciale «Lorenzo Mandalari» di Messina

Diretto dal Prof. Dott. Guglielmo Mondio

L'EMOZIONE

nell' Etiologia di Psicosi e Psiconevrosi durante il periodo bellico

Sono 1330 militari ricoverati nel Manicomio Messinese, dal 1. Giugno 1915 al 31 Dicembre 1918.

Una prima distinzione che ho creduto opportuno di fare, è stata quella di dividere tutti quanti i predetti 1330 ricoverati militari in due grandi gruppi: comprendendovi nel primo tutti quegli ufficiali e soldati che vennero condotti al Manicomio dopo di essere stati a combattere.

Erano questi quei militari che: o per essere leggermente feriti, e quindi, dopo di avere attraversato parecchi Ospedali militari, venivano, guariti dalle ferite, inviati in famiglia per convalescenza, durante la quale, poi, davan segni di alienazione mentale; ovvero quegli altri, i quali, dopo aver preso parte ad uno od a varii fatti d'armi, senza avere riportata alcuna ferita, ciò non pertanto, inviati in licenza, durante quest'ultima, si erano impazziti; ovvero, infine, erano quegli ufficiali o soldati, i quali, essendo stati sotto il fuoco nemico per un tempo variabile, feriti o no; si erano mostrati, durante la campagna stessa, mentalmente squilibrati, da essere, dopo di avere spesso attraversato parecchi reparti psichiatrici di ospedali da Campo, inviati al Manicomio messinese, perchè appartenenti ad una delle tre Provincie che ricoverano i loro folli nell'Istituto da me diretto.

Nel secondo gruppo, invece, vennero compresi tutti quei militari i quali, non appena mobilitati, senza mai essere stati al *fronte* e molto meno a combattere o a veder combattere, sono divenuti sollecitamente pazzi.

.˙.

Mentre nel *1.º gruppo*, tutti quegli ufficiali e soldati esaminati, non presentando che pochi precedenti ereditari od individuali, ci hanno fatto attribuire, manifestamente, alla guerra l'influenza precipua dello sviluppo della psicopatia da loro presentata; nel *secondo gruppo*, che fu poi il più numeroso, per quanto si fossero trovati in abbondanza i precedenti ereditarii ed individuali, per quanto non avessero i soggetti esaminati partecipato alla guerra, non si poteva escludere in loro che la mentalità di essi si fosse alterata non appena si eran visti obbligati al servizio militare.

Nel *primo gruppo*, le forme di psicosi riscontrate sono state le seguenti:

1.	Psicosi confusionali allucinatorie	N.	192
2.	» » semplici	»	72
3.	» neurasteniche ed istero - neurasteniche	»	185
4.	» maniaco - depressive	»	65
5.	Demenze precoci	»	48
6.	Psicosi epilettiche	»	22
7.	Follie morali	»	10
8.	Frenastenie	»	15
9.	Paralisi generali progressive	»	1
		N.	610

Nel *secondo gruppo*, invece, si sono incontrate:

1.	Psicosi confusionali allucinatorie	N.	40
2.	» » semplici	»	145
3.	» neurasteniche ed istero - neurasteniche	»	280
4.	» maniaco - depressive	»	159
5.	Demenze precoci	»	19
6.	Psicosi epilettiche	»	53
7.	Follie morali	»	5
8.	Frenastenie	»	18
9.	Paralisi generali progressive	»	1
		N.	720

Come scorgesi dai suesposti due quadri, nel primo gruppo predominano le forme confusionali allucinatorie (192) e le confusionali semplici (72), indi le neurasteniche ed istero - neurasteniche (185), le maniaco - depressive (65) e le demenze precoci (48); nel secondo gruppo, predominano, piuttosto, le forme neurasteniche ed istero - neurasteniche (280) e le maniaco - depressive (159); indi le forme confusionali semplici (145) e le psicosi epilettiche (53).

Come da parecchi autori, specie in Italia, in Francia, in Germania ed Inghilterra si è notato; lo studio delle affezioni psichiche osservate nei militari durante gli anni che la guerra afflisse l'Europa, ha sollevato varii problemi di un alto interesse, non solo scientifico e professionale, ma ancora etiologico e medico legale.

Anzitutto è stato assodato [VACHET PIERRE (1); DUPRÉ M. E. (2); MORSELLI A. (3); DUSMENIL. N. (4); DEMOLE V. (5); LÉPIN JEAN (6); BIANCHI V. (7); HOVEN HENRI (8); DEL GRECO F. (9); LATTES. L. E GORIA C. (10); ROUSSY ET LHERMITTE F. (11); CRISTIANI (12); ECC.] che la guerra non crea, come non ha creato nuove affezioni mentali. Quindi non esiste una psichiatria dovuta esclusivamente alla guerra. Questa non ha fatto altro che moltiplicare enormemente certe date forme di malattie mentali, dando piuttosto un colorito speciale al loro contenuto ed alla espressione di certi dati loro de-

---

(1) VACHET — Les troubles mentaux consecutifs au schok des explosifs modernes., Contribution à l'étude des Psychoses de Guerre — thése de Paris, 1915.

(2) DUPRÉ M. E — Etats psychopattiques de Guerre – Reunion de la Societé de Neurologie de Paris du 15 Dicembre 1916 — Revue Neurologique XXIII anné N. 11 - 12 p. 790.

(3) MORSELLI A. — Psichiatria da Guerra — Quaderni di Psichiatria vol. III n. 3-4 1916.

(4) DUSMENIL M. — Influence de la Guerre sur les formes des Psychoses chez les militares – Thés de Paris, 1916.

(5) DEMOLE V. — Guerre et aliénation mentale — Societé de Patronage des aliénés — Geneve, 1916.

(6) LEPIN JEAN M. — Psychoses de Guerre — Reunion de la Societé de Neurologie de Paris du 15 Dicembre 1916 — Revue Neurologique XXIII anné n. 11-12.

(7) BIANCHI V. — Psichiatria da Guerra — Annali di Neurologia anno XXXIV p. 1. 1917.

(8) HOVEN HENRI — Les maladies mentales et la Guerre — Archives medicales Belges — An. L XX n, 5.

(9) DEL GRECO F. — Gli ansiosi emotivi — Rivista Ital. di Neuropat. Psich ed Elettrot. Vol. X. fasc. 6. 1917.

(10) LATTES E GORIA C. — Alcune considerazioni attorno alle psiconeurosi d'origine bellica — Archivio di Antropologia criminale di Psichiatria e medicina legale. V. XXXVIII fasc. 11. III 1917.

(11) ROUSSY ET LHERMITTE F. — Psiconévroses de Guerre – Masson et C. éditeurs – Paris 1917.

(12) CRISTIANI — Note pratiche come contributo allo studio delle questioni psichiatrico militari di attualità — Rivista Ital. di Neurop. Psichiatria, ed Elett. Vol. X. fasc. 9. 1917.

lirii. Il tutto in dipendenza, s'intende, da veri traumatismi fisici e psichici, individuali e collettivi.

Molte malattie mentali, ancora non diagnosticate, perchè nel loro inizio, ovvero perchè ancora in stato latente, ovvero perchè l'ambiente dello stato sociale a cui il neo-militare apparteneva, rendeva poco appariscente lo squilibrio, l'avaria, di quella data mente, ecc.; la Guerra non fa che dare l'ultima sferzata; il traumatismo psichico, a volte unitamente a quello fisico, non fa altro che scoprire e manifestare dove c'era già un neurastenico, un isterico, un epilettico, ecc., in stato latente; dove c'era un demente precoce, un lipemaniaco, un paralitico generale, ecc., ancora non diagnosticato; dove c'era un degenerato, uno squilibrato, un folle morale ecc., ancora non venuto in contrasto con l'ambiente che lo ha sin allora accolto.

Come avviene sempre in tutte le epidemie, in tutti i cataclismi, in tutti i disastri, ecc.; come è avvenuto in questo principio di secolo, con tanta frequenza, per i continui disastri ferroviarii e per i terremoti che distrussero parecchie città italiane, soprattutto della Sicilia e delle Calabrie, così è avvenuto per i traumi fisici e psichici della presente guerra.

Cosichè questa, come abbiamo visto e constatato, può direttamente o indirettamente creare dei disturbi mentali: ora per semplice traumatismo, ora per eccesso di lavoro e preoccupazioni (surmenage), ora per infezioni od intossicazioni.

Difatti, mentre il traumatismo può esser tanto in dipendenza di *lesioni* per fratture o contusioni del cranio, quanto in dipendenza di soli fatti *commozionali* o di semplici fatti *emozionali;* e l'eccesso di lavoro con preoccupazioni (surmenage) quasi sempre in dipendenza di sfiancamento, di denutrizione o di autointossicazione dei centri nervosi; le infezioni, le intossicazioni e le asfissie (febbre tifoidea, paludismo, influenza, meningite, alcoolismo, gassi tossici, ecc.) sono frequenti produttrici di svariati e noti disturbi mentali; dappoichè, esse infezioni combinano spesso la loro azione con quella del lavoro eccessivo, unitamente a soverchie preoccupazioni (surmenage) ed a inanizione.

E' a notare però, come nella maggior parte dei casi, i fattori patogenetici si presentano associati in una etiologia complessa nello stesso soggetto. Non solo: ma mentre per lo esplodere delle varie psicopatie da Guerra, spesso è sufficiente la sola azione della triade

etiologica sopracennata (traumatismo, surmenage, tossi - infezione) e per la sua violenza e per la sua stessa estensione, intensità e durevolezza; e produrre così su soggetti, sin allora normali, dei disturbi mentali; altre volte, invece, pur essendo le predette influenze etiologiche di media o di lieve importanza, si notano verificarsi dei gravi disturbi mentali, tutte le volte nel determinismo patogenico dei disastri interviene un altro elemento etiologico di natura retrospettiva, congenita od acquisita, proprio dell'individuo; quale è la *predisposizione* personale.

Sono essi soltanto dei degenerati o degli squilibrati, ovvero dei semplici neuropatici o dei deboli di mente, ecc.; il certo è che questo stato, anteriore alla nuova vita a cui sono ora chiamati, in nessun campo della patologia riesce tanto importante, esercita tanta influenza, quanto nell'etiologia delle malattie mentali che a causa della Guerra vengono segnalate.

Per i nostri casi, studiati nel Manicomio di Messina, potremmo fare, in termini generali, una prima grande divisione rispetto alla influenza individuale od occasionale esercitata nello sviluppo della loro psicopatia. Ritenere, cioè, che nei folli provenienti dal *fronte*, che sono stati in guerra, la maggior influenza è stata esercitata dalla causa occasionale; mentre in quelli, i quali non sono stati per nulla in zona combattente, e che hanno manifestato dei disturbi psichici, non appena entrati sotto le armi, la maggiore influenza è dovuta alla causa predisponente.

Oltre a ciò, mentre quando esiste questo stato anteriore, il determinismo dei disturbi psichici ripete una doppia etiologia: da una causa predisponente, cioè, e da una causa occasionale di una importanza reciproca, inversamente proporzionale, questo stato anteriore di predisposizione personale può essere alle volte di origine recente; essere cioè creato in gran parte dalla stessa guerra.

Il fatto di essere, ad esempio, troppo preoccupato nell'atto di vestire la divisa militare, nello allontanarsi dalla famiglia, dagli affari, ecc.; i piccoli disturbi neurastenici o neuropatici in genere, ed anche leggermente psichici, per quanto, il più spesso poco manifesti e trascurabili, rendono un po' alla volta il sistema nervoso sempre più sensibile e vulnerabile nei successivi choc fisici e morali. In questi casi si potrebbe dire che l'individuo abbia ereditata la predisposizione non dai suoi ascendenti ma da sè stesso.

.˙.

Fra tutta la quantità di tipi clinici poi che ci fu dato osservare nei militari folli, spiccò sempre assai manifesto, tanto nel 1.° che nel 2.° gruppo, non solo la frequenza delle psicosi, di natura neurastenica od istero - neurastenica, non solo la frequenza delle psicosi maniaco - depressive, ma ancora e soprattutto la frequenza delle forme o semplicemente confusionali, o confusionali allucinatorie.

Soltanto variò la percentuale: mentre nel 1.° gruppo, di 610 folli, le confusioni mentali allucinatorie si sono incontrate nel 31,04 °|₀; le confusionali mentali semplici nel 11,80 °|₀; le forme depressive nel 10,65 °|₀; le forme neurasteniche ed istero - neurasteniche nel 30,32 °|₀ ecc.; nel 2.° gruppo di 720 folli le forme neurasteniche ed istero - neurasteniche furono nel 38.88 °|₀; le confusionali semplici nel 20,13 °|₀; le confusionali allucinatorie nel 5,55 °|₀; le depressive nel 22,08 °|₀ ecc.

Tutte queste forme psicopatiche poi, a qualsiasi gruppo esse appartengono; a differenza di quanto giustamente hanno osservato gli studiosi di siffatte forme in zona di guerra, ove si sono viste, li più delle volte cominciare bruscamente e terminare, spessissimo, per guarigione completa; qui, nel Manicomio, essendo spesso delle forme croniche, la guarigione completa è assai meno frequente, uscendo i ricoverati militari folli, il più delle volte soltanto notevolmente migliorati.

.˙.

A questo proposito credo opportuno ricordare alcuni casi assai dimostrativi, scelti fra i numerosissimi casi esaminati :

Osservazione I.

Francesco G.; soldato di Fanteria, della classe 1879, da Caltanisetta.

Ha il padre alcoolista, la madre e due sorelle isteriche, un fratello riformato per epilessia ed un fratello morto per tubercolosi.

Sofferse a 18 anni il tifo; ebbe sempre carattere impressionabilissimo e timoroso. Dopo circa tre mesi che vestiva l'uniforme da soldato, il 26 Giugno dello scorso 1917, in seguito ad avere ascoltato, viaggiando in treno, la descrizione dettagliata ed emozionante dell'assalto di una

trincea da parte del nemico e dalla bocca di un ferito reduce dal *fronte*; nella notte seguente divenne d'un tratto irrequieto, assunse atteggiamento di paura e di difesa, più volte si è alzato dal letto come per prendere parte ad una lotta e più volte gridò: « Difendiamoci ..... siamo assaliti ».

Al mattino disse di non saper dove trovavasi, di essersi poco prima trovato in trincea col fucile.

Restò immobile nel suo letto ed in camerata; rifiutò il cibo; trasalì ad ogni menomo rumore. Nell'ufficiale medico che venne a visitarlo riconobbe un generale e chiese del padre suo morto da parecchi anni.

Alla sera del 26 Giugno passò all'Ospedale militare e da qui, il 28 del mese stesso, venne condotto in osservazione al Manicomio.

Conservò fisonomia costantemente stuporosa, mutismo completo e sitofobia. Fece notare tarda la reazione pupillare con midriasi notevole, assenti i riflessi faringeo e corneale ed insensibilità riflessa della mucosa nasale. Vivaci, invece, i riflessi tendinei, deboli i cutanei, ed il polso frequente (95 - 110).

Nei giorni seguenti persistettero le stesse condizioni invariate: irrequieto nella notte, in cui assunse spesso atteggiamenti di terrore; oltremodo confuso, apatico e stuporoso, durante il giorno; dando a vedere come se non avesse percezione di quanto gli accadeva all'intorno.

Nel decorso, dal 10 al 31 Agosto, va lentamente migliorando: scompaiono gradatamente i fenomeni di sopore, indi gli episodii di delirio onirico, dapprima durante la veglia, poscia durante il sonno. Risponde ora per quanto stentatamente, a diverse domande elementari. Manca il ricordo di tutto quanto è avvenuto attorno a lui dall'epoca della descrizione udita in treno dal soldato ferito reduce dal fronte, ad oggi.

Il 10 Settembre, si può dire che lascia il Manicomio in ottime condizioni sotto ogni aspetto, per andare a casa in licenza.

OSSERVAZIONE 2.

Salvatore C. di anni 20, inscritto di leva, ricoverava al 31 Agosto 1917 all'Ospedale Militare di Messina per disturbi mentali. Da qui, dopo 3 giorni, il 3 Settembre, veniva trasferito al Manicomio locale.

E' un giovane di costituzione gracile ed esile, cocchiere di professione. Non ha egli mai sofferto alcuna malattia d'importanza, ad eccezione di parecchie blenorragie avute in quest'ultimi anni.

Ha presentato però sempre un carattere melanconico e tendenza alla solitudine.

Il padre leggermente bevitore, è morto per tubercolosi polmonare; la madre ed una sorella, tutt'oggi sofferenti per isterismo unitamente a frequenti accessi convulsivi, sono date entrambe alla prostituzione.

Indagando sulla causa immediata che ha prodotto questo stato psichico del paziente in esame per il quale venne alla nostra osservazione manicomiale, ci risultò che quattro o cinque giorni fa, stando egli di sera in camerata, d'un tratto entrò di corsa un compagno gridando: «..... avanti compagni ..... pronto il fucile e le cartuccie ..... si parte ..... i nostri nemici, gli austriaci, ci attendono .....». Tutti i compagni allora uscirono fuori dalla camerata a sentire il bollettino di Guerra che il giornalaio gridava per la via, ma Salvatore non si mosse, rimanendo impressionatissimo, tanto che poco dopo fu trovato dai compagni come stordito. Poscia presentò vomito, tremore generale e spiccata confusione mentale. Il giorno appresso si mostrò agitato da illusioni ed allucinazioni terrificanti, con coscienza confusa ed in preda a viva emozione, a crisi di pianto e di sgomento.

Venuto all'osservazione manicomiale, oltre alla confusione, sempre accentuata, si fece notare di essere in preda a grande terrore, che dimostrava soprattutto quando vedeva avvicinare a lui qualche persona, o quando qualcuno gli rivolgeva la parola.

Divenendo allora ansioso, aggrappandosi a qualcuno del personale di custodia col quale avea preso maggiore dimestichezza. A volte invoca, con grande ansia ed emozione, la propria madre. Non risponde a qualsiasi domanda; sussulta ad ogni minimo rumore. Durante la notte più volte si è inteso gridare «gli Austriaci . ... mi vogliono ammazzare ..... ecco che sparano .....».

I riflessi tendinei esageratissimi; i pupillari torpidi; il faringeo assente, il corneale debole, midriasi, tremore diffuso, sudorazione abbondante, lieve ipertermia (37.3) polso frequente (110 - 115), dermografismo.

Nei giorni seguenti i fatti psicosensoriali si vanno riducendo, mentre lo stato stuporoso amenziale gradatamente scompare. Per quanto, però, il paziente, con i giorni che passano, diviene più ordinato nel contegno, ciò non per tanto rimane sempre muto ed estraneo a quanto lo circonda.

Comprende a stento le domande ed a stento risponde a gesti. L'umore è sempre depresso ed il contegno tranquillo.

Il 7 Ottobre presenta nuovamente uno stato di eccitamento psicosensoriale con allucinazioni visive a contenuto sempre terrificante. Ma il giorno seguente ritornò al suo stato tranquillo. migliorando sempre più nei giorni seguenti e nel contegno generale e nell'umore; pur restando con l'abito del mutismo sopradescritto. Cosichè il 20 Ottobre partecipava discretamente all'interrogatorio dei medici e degl'infermieri con cui si esprimeva a gesti.

Il 2 Novembre si mostra, infine, assai migliorato. benchè ancora confuso. Risponde ora a qualche domanda esattamente.

Va lentamente rimettendosi. Non ha più l'aspetto attonito di prima; ma è sempre confuso. A stento si riesce a capire che suo padre è morto

per tubercolosi, che la madre è vivente, e che egli ha la professione di cocchiere (notizie che poi abbiamo confermato).

La sua mente presenta una lacuna profonda dal giorno 30 Agosto in poi.

Il 14 Novembre fa notare un notevole miglioramento, perchè risponde con una certa lucidità all' interrogatorio e mostra di essere orientato del luogo in cui si trova e del tempo. Gli pare di uscire come da un sogno, non ricordando nulla del come ha passato i giorni, dacchè venne il 30 Agosto portato via dalla sua camerata, per essere condotto all'Ospedale militare prima e poscia al Manicomio. Afferma che la notte é ancora tormentato da incubi paurosi, ma ha perfetta conoscienza della realtà di essi. La emotività però è sempre accentuata, lo umore mutevole, con turbe vasomotorie al volto persistenti, col polso sempre celere, le pupille midriatiche ed il tremore generale.

Il 30 Novembre viene inviato in licenza con un notevole miglioramento psichico, secondato ancora da quello fisico.

OSSERVAZIONE 3.

F. Stefano, di anni 33, operaio, da Messina. Trovavasi in licenza ed in casa propria, quando, presentando continue allucinazioni terrifiche uditive e visive a contenuto bellico, viene indotto dalla famiglia a cercare sollecito conforto nel Manicomio di Messina e vi entra il 10 Novembre 1917.

È un giovane di costituzione robusta e di ottimo stato nutritivo. Non ha mai sofferto alcuna malattia di importanza; nè tra i suoi ascendenti e collaterali fa rilevare alcun fatto degno di nota. Il 22 Agosto del 1917, trovandosi nel trentino e in Valsugana (cima 11), chiuso in trincea con i suoi compagni d'armi, d'un tratto venne assalito dagli austriaci. Vide allora la maggior parte dei suoi commilitoni cader rapidamente trucidati; ed il tenente, di cui egli era l'ordinanza, cadere anch'egli morto con 5 pugnalate. Riesce a fuggire; ma fatti pochi metri vuole assicurarsi se il suo tenente fosse veramente morto e ritorna sui suoi passi. Lo trova realmente morto; gli toglie l'anello dal dito ed il revolver dalla cintola e ripiglia la fuga.

Durante la fuga, una granata gli scoppia vicino ed egli cade. Resta, però, soltanto un momento assopito, perchè riesce da lì a poco a rialzarsi ed a seguitare a correre. Raggiunge, finalmente, il reggimento proprio, consegna al colonnello l'anello ed il revolver, ma non può parlare. Fa capire, ciò non pertanto, gesticolando, che tutti i suoi compagni erano stati assaliti, pugnalati e morti, e da lì a pochi minuti, terrorizzato, cade a terra privo di sensi.

Si destò il giorno dopo all'Ospedale da campo N. 109. Da qui,

dopo avere attraversato altri tre ospedali, entra nel Manicomio di Treviso. Per venire, infine, dopo qualche mese, in licenza ed alla nostra osservazione il 10 Novembre dell'anno stesso 1917.

Dalla cartella clinica che l'accompagna risulta che nel primo periodo della sua degenza negli Ospedali militari, l'esaminato fu in preda a grave confusione mentale con delirio allucinatorio.

Alla nostra osservazione si presentò con aspetto intontito, guardando a vuoto avanti a sè, ed eseguendo dei movimenti col capo di rotazione come se volesse sfuggire a delle visioni terrifiche.

Toccato, sussulta come impaurito, ma non risponde e lascia che parli la moglie; la quale, accompagnandolo al suo ingresso nel manicomio, afferma che la notte ed il giorno è tutt'ora irrequieto, assumendo sempre atteggiamenti ora di paura ora di difesa, e restando il più spesso in stato attonito, quasi immobile, attratto da visioni di feriti, di morti, di nuclei di cadaveri, di nemici, ecc. , ecc. E lo allucinato in esame sente quanto riferisce la moglie, non risponde, ma resta muto, estatico, assorto; finchè, d'un tratto, si alza di scatto e racconta, agitandosi, tutti i particolari del trauma psichico patito.

Gli manca il ricordo di quanto é avvenuto dall'epoca del trauma ad oggi.

Di lì a poco ricade nuovamente nel mutismo e resta nuovamente assorto e quasi immobile, con espressione stuporosa e depressa.

Ha riflessi pupillari tardi alla luce; il faringeo ed il corneale assenti, l'addominale e scrotale torpidi, il plantare assente. Tachicardia continua (120 - 130) poi, tremore generale e dermografismo.

I sensi specifici nei limiti fisiologici; la parola strascicante. Mangia spontaneamente.

Gli stati deliranti onirici, con irrequietezza e grida durante la notte, e gli episodi di terrore per scene di guerra a cui riferisce di assistere durante il giorno, persistono per parecchi mesi ancora.

Esce, difatti, dopo tre mesi che era nel Manicomio, per ritornare a casa, ancora sofferente per onirismo e mentalmente confuso e depresso.

Osservazione 4.

V. Gaetano, di anni 21, contadino di Francoforte; entra nel Manicomio il 5 Agosto del 1917.

Il 20 Maggio, stando al fronte, in conseguenza dello scoppio di una granata verificatosi a lui vicino, ferendo ed uccidendo parecchi compagni, ebbe tale una forte impressione terrifica da essere raccolto da terra, dopo parecchio tempo che ne era rimasto fra i cadaveri dei compagni, privo di coscienza; presentando, poscia, uno stato grave di stupore con incapacità di reggersi in piedi e di parlare.

Dalle informazioni assunte risulta negativa l'anamnesi famigliare e individuale.

Alla nostra osservazione manicomiale si presenta con aspetto infantile e con costituzione gracile ed oligoemica.

È in uno stato di stupore profondo, non reagisce ad alcuno stimolo, nè pare abbia percezione di quanto gli accada all'intorno. È insensibile ai rumori ed a qualsiasi domanda, per quanto insistente. C'è sordità e mutismo completo.

Durante la notte è spesso irrequieto, assumendo atteggiamenti di paura e di difesa. Durante il giorno sta quasi sempre immobile, con una espressione costantemente stuporosa e depressa.

Oltre a ciò presenta motilità integra, riflessi pupillari, cutanei e tendinei normali, assenti il faringeo ed il corneale. C'è ipoestesia ed ipoalgesia in tutta la metà sinistra del corpo.

Nell'ulteriore decorso, dal 30 Agosto specialmente al 20 settembre, della sua degenza, si viene ad assistere ad un graduale miglioramento; perchè, per quanto non parli e non senta, ciò non per tanto si notano in lui ridotti notevolmente dapprima i fenomeni di sopore, indi quasi scomparsi gli episodii di delirio onirico notturno specialmente; per venire alla fine di settembre ad ottenere una coscienza abbastanza chiara, con l'insorgenza a poco a poco della vita di relazione.

Desidera ora ardentemente di tornare a casa. Risponde alle domande che gli si rivolgono per iscritto, mercè risposte scritte. Ha l'aspetto e lo sguardo vivaci; il polso celere (95 - 105); lieve tremore generale; dermografismo; sudorazione abbondante con i riflessi tendinei esagerati ed il riflesso oculo - cardiaco assente.

È sempre, però, incapace di evocare e coordinare i ricordi, sia dei fatti antecedenti che di quelli seguenti al trauma. Manca sempre il ricordo di quanto è avvenuto dall'epoca del trauma ad oggi. Scrive ai parenti in modo corretto.

Esce dal Manicomio per andare in licenza il 25 Ottobre del 1917.

∴

Mentre le due prime osservazioni appartengono al secondo gruppo, giusto quanto si è stabilito al principio di questo studio; le altre due appartengono ad una varietà, invece, del primo gruppo; quella, cioè, in cui, stando a combattere, proprio durante la campagna stessa squilibrano. E dopo avere attraversato parecchi reparti psichiatrici di ospedali da Campo, vengono inviati o in licenza, come per la 3. osservazione; ovvero direttamente internati nel Manicomio, come per la 4. osservazione.

Ora, una prima particolarità che va notata in questi quattro casi sopra studiati e scelti fra un numero considerevole di casi, identici nella loro etiologia, è stata quella di vedere sviluppare, in tutti e quattro, un grave stato confusionale con delirio onirico, tanto nei primi due che, come abbiamo visto, non hanno mai combattuto nè sono stati mai in zona di Guerra; quanto negli altri (3.ª e 4.ª osservazione) che provengono proprio da zona combattente e loro stessi hanno subito un forte trauma psichico bellico stando a combattere.

Vale a dire che l'intensa preoccupazione e continuata preoccupazione, in soggetti predisposti e spesso leggermente neurastenici od in genere neuropatici, od anche lievemente psichici, come nella 1.ª e nella 2.ª osservazione, può essere capace di rendere, un pò alla volta, più sensibile e vulnerabile quel tale sistema nervoso, da squilibrare poi per lievi e trascurabili choc morali; quando nei secondi, in quelli provenienti dal fronte il determinismo dei disturbi psichici è dato dalla forte emozione. Nei primi è una influenza individuale piuttosto e predisponente ad un tempo; mentre nei secondi è nettamente occasionale.

∴

La stessa particolarità, notata in queste prime quattro osservazioni sopra esposte, viene rilevata anche nelle tre seguenti:

Osservazione 5.

C. Giuseppe, di anni 35, da Siracusa, sposato con figli, di professione contadino, è soldato del 232. Regg. Fanteria.

Il padre è emiplegico: la madre è ricoverata al Manicomio di Palermo da sei anni; una sorella è deficiente.

Giuseppe veniva inviato all'Ospedale Militare di Messina, proveniente dall'Ospedale Vittorio Emanuele di Catania.

Dalla cartella clinica che l'accompagnava risulta che, per quanto non fosse stato mai esposto, entrato che fu sotto le armi, che a sole fatiche territoriali; ciò non per tanto ebbe sempre a mostrarsi oltremodo depressa e preoccupato; finchè, non appena gli venne annunciato di dover partire per il fronte, non dette subito segni manifesti di squilibrio mentale da richiamare di urgenza l'attenzione ed i provvedimenti opportuni dai suoi superiori.

Entrava, difatti, inviato dall'Ospedale Militare locale, nel Manicomio di Messina il 21 Ottobre del 1917.

Aveva fisionomia oltremodo apatica e senza alcuna espressione. Confusionismo poi e quasi stupore. Nulla l'attenzione o quasi, ed oltremodo lenta l'ideazione. Non rispondeva che con grandissima difficoltà ed a monosillabi. Non ricordava la data del suo ingresso nel manicomio; nè ricordava quello che aveva fatto durante il mese di Novembre; prima, cioè, dell'annunciatagli partenza per il fronte.

Presentava il polso frequente (110 - 115); le pupille dilatate e torpide alla luce ed all'accomodazione; i riflessi tendinei vivaci e deboli i cutanei; tremore generale e dermografismo. Parecchie stigmate degenerative, infine, specie alla faccia.

Con i giorni che seguirono spiccò sempre più la lacuna totale dei fatti che si sono svolti intorno a lui durante il mese di Ottobre. Un'amnesia, quindi, più anterograda che retrograda.

2 Dicembre 1917 — Resta ora quasi sempre immobile; non pronuncia alcuna parola; ha tendenze palesamente catatoniche con movimenti automatici.

7 Gennaio 1918 — Non si rileva alcun miglioramento. Non manifesta alcun desiderio. Resterebbe a letto la maggior parte del giorno se non fosse dagl'infermieri stimolato ad alzarsi.

28 Febbraio 1918 — Esce dal manicomio inviato in licenza soltanto leggermente migliorato.

OSSERVAZIONE 6.

D. Pietro, di anni 23. commerciante da Caltanisetta, è soldato della classe 1895 ed appartiene al 1. Artiglieria da Campagna.

Ebbe il padre neuropatico, la madre sana, ed un fratello epilettico.

Egli ha sempre goduto buona salute; ma sin dalla infanzia ha fatto notare ai suoi un carattere irritabile ed emotivo, con intelligenza alquanto scadente.

Ricoverava nell'Ospedale Militare di Messina il 3 Ottobre del 1918, proveniente dall'Ospedale Militare di 1. sgombro di Altamura, ove era stato sbarcato dalla R. Nave-Ospedale Italia che proveniva dall'Albania. Indi, dopo essere stato degente nell'Ospedale da Campo 083 del 16. corpo d'Armata per stato confusionale, veniva inviato a questo Ospedale Militare, da cui, il 5 del mese istesso Ottobre, veniva trasferito in questo Manicomio.

Dalla cartella clinica che l'accompagnava risulta che D. Pietro è stato dall'inizio della guerra al fronte in diversi settori, e che, in conseguenza di continui e numerosi colpi di cannone a cui ha assistito da artigliere, abbia sofferto di frequenti disturbi nervosi, con cefalea, senso di tensione alla testa, ed infine confusione mentale.

Per quest'ultima è entrato in vari manicomi, fra cui quello di Perugia; da cui uscì. per andare una prima volta in licenza di convalescenza, nel 1916.

In questo Manicomio entrò, come sopra si disse, il 5 Ottobre 1918, in stato confusionale abbastanza accentuato; oltre che disorientato completamente nel tempo e nello spazio.

Non ricorda il suo ultimo e recente soggiorno nell'Ospedale Militare, come non ricorda il giorno del suo ingresso nel Manicomio. Mentre poi conserva, in qualche modo, gli ultimi ricordi.

A causa della sua depressione psichica, con accentuata torpidità intellettiva e notevole lentezza della ideazione, l'interrogatorio era reso eccessivamente penoso e difficile.

Si aggiunga, ancora, a tutto questo una spiccata incoerenza nel linguaggio e negli atti, e poi fisicamente; deperimento generale, con aspetto cachettico ed oligoemia; polso frequente (100 - 110); riflessi tendinei esagerati e cutanei deboli; pupille midriasiche e torpide alla luce; leggiera iperestesia generalizzata e dermografismo accentuato.

Niente idee deliranti, infine, nè alcun accenno ad allucinazioni.

5 Dicembre 1918 — Persiste la confusione; persiste ancora la tachicardia, sebbene alquanto moderata, mentre migliorano le condizioni generali.

In queste condizioni esce dall'Istituto per andare in licenza il 28 Dicembre del 1918.

Osservazione 7.

R. Luigi, di anni 25, macellaio, da Siracusa, soldato del 2. Regg. speciale dei disertori, residente in Barcellona (Messina); ricoverava il 2 Maggio del 1918 nell'Ospedale Militare di Messina, proveniente dalla nave silurata « Verona » dove trovavasi assieme a tanti altri disertori.

Dalla cartella clinica che l'accompagnava risulta che Luigi R., salvato assieme ad altri soldati, accusati tutti quanti da diserzione, dal naufragio della nave suddetta, alle sua ammissione nell'Ospedale Militare presentavasi completamente smarrito, confuso e disorientato, tanto da non conoscere la propria famiglia ed i propri figli che sono andati subito a visitarlo.

Dall'Ospedale Militare, inviato il 24 dello stesso mese Maggio in questo Manicomio, mostravasi ancora disorientato, smarrito, attonito, con intoppo psicomotorio accentuato, muto alle domande ed indifferente a quanto lo circonda.

Avea polso frequente (110 - 115); lieve tremore alle mani; chiare zone di ipoestesia, specie agli arti inferiori; pupille dilatate: dermografismo; riflessi mucosi assenti, e riflessi tendinei esagerati.

30 Giugno 1918 — Riesaminato dopo circa un mese, presentavasi soltanto leggermente migliorato, per essersi in lui alquanto diminuito lo stato confusionale e riuscendo a pronunziare qualche parola. Persiste sempre il disorientamento, l'amnesia anterograda ed oltremodo torpida l'ideazione.

Fu durante questo secondo periodo che una notte fu sentito dagli infermieri gridare durante il sonno «affogo, affogo»; e durante il giorno, per due volte in giorni diversi si è buttato vestito nella vasca piena di acqua facendo l'atto di nuotare, con l'occhio dilatato ed immobile.

30 Settembre — Da alquanti giorni si è rilevato che il miglioramento nello stato confusionale è notevolmente accentuato e che l'amnesia si va a poco a poco a dileguare.

20 Novembre — Parla discretamente. Afferma che la madre sua è vivente e sana dall'età di 65 anni; che il padre è morto giovane per cardiopatia; che due fratelli sono tutt'oggi sani e sotto le armi, e che egli stesso abbia goduto sempre buona salute ad eccezione del tifo sofferto a 15 anni.

12 Dicembre 1918 — Viene dimesso e consegnato all'Autorità militare del tutto rimesso.

Sono tutti e tre questi casi (Oss.ne 5. 6. e 7.), appartenenti bensì alle forme confusionali semplici; ma il meccanismo genetico, mercè il quale questi soldati si emozionano e squilibrano e presentano poi uno stato così spiccatamente amenziale, è del tutto diverso. Cioè a dire, tutti e tre presentano, con perfetta identità, tutto quanto il quadro sintomatico della confusione mentale: stupore, disorientamento, arresto psichico, amnesia retrograda od anteretrograda, tachicardia, ecc.; ma poi, mentre la prima osservazione riguarda un soldato che non fu mai nè in zona di operazione nè in zona di Guerra; ed il secondo fu, invece, per parecchi anni continuamente e sempre in zona combattente; il terzo viene al manicomio in compagnia di altri 12 naufraghi, ugualmente affetti di amenza, poco dopo che era stato salvato dalle acque dello stretto di Messina a causa del siluramento della nave «Verona»; su cui appunto numerosi soldati disertori erano imbarcati; fra cui i 12 soldati venuti al Manicomio in stato amenziale.

Ma per quanto, nei nostri soldati esaminati, tanto nel 1. che nel 2. gruppo sono stati frequenti i casi di Psicosi confusionali allucinatorie o semplici; non meno frequenti sono stati poi i casi tanto di Psicosi neurasteniche ed istero-neurasteniche, quanto i casi di Psicosi maniaco-depressive.

Qui appresso notiamo subito alcuni casi, delle une e delle altre forme, scelti fra i tanti studiati.

OSSERVAZIONE 8.

Michele L., di anni 33, da Avola, falegname, soldato del 20. Fanteria.

Nel suo gentilizio si trova il padre alcoolista e gottoso, la madre isterica ed un fratello deficiente.

Nel Luglio del 1917, mentre precedentemente, essendo stato ritenuto non idoneo al servizio militare, egli si cullava in questa credenza; viene oggi, invece, dichiarato idoneo ed incorporato ad un reggimento comandato a partire per il fronte.

Subito che apprese la notizia restò assai contrariato e divenne contemporaneamente oltremodo preoccupato e depresso. Ciò non pertanto partì senza altro col suo reggimento.

Non appena però, nell'Agosto successivo, trovossi in campo di battaglia e sotto il grandinare continuo della fucileria, provò tale sgomento, l'impressione spaventosa fu così forte, che senza essere menomamente ferito, *perdette la coscienza per un tempo che gli parve lunghissimo*. Dalla cartella clinica che l'accompagnava risulta che condotto subito in un Ospedale da Campo e svegliatosi dopo circa 24 ore, mostrò di avere memoria dell'impressione sofferta, ma non dei fatti immediatamente seguenti.

Dall'Ospedale da Campo passa di lì a poco in altri ospedali, finchè, venuto in licenza, allo spirar di essa viene dall'ospedale Militare di Messina inviato alla nostra osservazione il 16 Novembre del 1917.

Ha fisonomia cascante, sguardo stuporoso ed espressione oltremodo depressa. Rimane costantemente immobile. Ha frequenti crisi di pianto. Risponde di rado alle domande con frasi brevi; ed a volte rifiuta il cibo. Presenta lieve paresi al braccio sinistro. Ha riflessi pupillari tardi alla luce; il faringeo ed i corneali assenti, l'addominale e lo scrotale torpidi, il plantare mancante ed i tendinei vivaci.

Il polso segna 115 al m''.

In tutta la metà sinistra del corpo, particolarmente al petto e nell'arto superiore, si rilevano larghe zone di anastesia tattile, dolorifica e termica, persistendo però la sensibilità profonda.

Nei giorni che seguirono, nel Gennaio del 1918, comparvero attacchi convulsivi a carattere isterico, accompagnati a perdita della coscienza e seguiti a disorientamento, confusione e spossatezza.

Oltre a ciò variabilità di umore ed episodii di scoramento e di intensa depressione. Insonnia poi e notti irrequieti con manifestazioni oniriche a colore terrifico.

Afferma ora di non riuscire a trovare le parole per esprimersi,, e di avere grande difficoltà a trovare i ricordi.

Il 2 Febbraio del 1918 va nuovamente in licenza sempre mentalmente torpido e depresso.

OSSERVAZIONE 9.

C. Giuseppe, di anni 41, negoziante di Palermo, soldato del 313 Battag. M, T., viene il 20 Settembre del 1917 nel Manicomio; inviato dal locale Ospedale Militare.

Ha il padre alcoolista, la madre ed una sorella isteriche, un fratello morto per tubercolosi polmonare.

Quando alla terza visita medica militare venne dichiarato idoneo ai servizii mobilitati, divenne ben presto, nei giorni successivi, taciturno, apatico, inerte e confuso. Rifiutò il cibo; al mattino del sesto giorno della predetta visita militare subita, fu trovato sbandato per la campagna, pronunziando parole sconnesse.

Ha costituzione regolare e nutrizione discreta. È molto torpido ed astratto, tanto che soltanto dopo infinite esortazioni si ottiene a fargli eseguire qualche atto ed a darci qualche risposta a monosillabi. Accusa annebiamento della vista ed ipoacusia a destra.

Si osserva poi: abolizione del riflesso faringeo e dei corneali, pupille midriasiche ed uguali; emianestesie ed emianalgesia completa a destra; riflessi tendinei presso che normali; assenti gli addominali e scrotali nel lato destro; lieve onirismo allucinatorio durante la notte, infine, dermografismo e polso a 100' con qualche aritmia.

Nel decorso della sua degenza nel Manicomio fu notato ancora: variabilità di umore con episodii di scoramento e di depressione, accompagnato a volte da pianto; insonnia poi, inappetenza persistente ed astenia accentuata.

Perdurando ancora per tutto il mese di Gennaio del 1918, fa notare ora un leggiero snebbiamento; ma la memoria è sempre lacunare.

Vieue ora episodicamente colto da vertigini ed altre volte da assenze; durante le quali cammina senza scopo, restando di lì a poco sorpreso di trovarsi in luoghi dove non sa come sia pervenuto. Altre volte, invece, è irrequieto, iperemotivo, e piange con facilità per motivi di pochissimo conto. Vuole andar via dal Manieomio per paura di morirvi.

10 Febbraio 1918. — Persiste sempre la torpidità nell' ideazione e nella capacità associativa. Persiste la confusione e l'umore depresso.

È sempre oltremodo torpida l'attività mnemonica di evocazione e di fissazione. Il polso è sempre a 106.

Si invia in licenza il 28 Febbraio del 1918.

Osservazione 10.

V. Orazio, soldato del 3. Depos. Fanteria, viene in questo Manicomio, inviato dal locale Ospedale Militare il 4 settembre 1918.

Il padre é morto per apoplessia cerebrale e la madre per cardiopatia. Di tre fratelli, mentre il maggiore, trovandosi ancora sotto le armi, commise tali insubordinazioni ed indisciplinatezze da restare tutt' oggi chiuso nelle carceri militari di Catania in attesa di essere giudicato; ed il secondo, pur stando anch' esso sotto le armi, dopo di essere stato imputato di varie ribellioni e stranezze, veniva, infine, arrestato come disertore e poi riformato perchè riconosciuto infermo di mente dal tribunale militare di Palermo; il terzo sta per demenza precoce chiuso da parecchi anni nel Manicomio.

Orazio da parecchi anni veste la divisa militare. È stato parecchie volte in licenza di convalescenza per neurastenia. Non si è allontanato mai dalla sua città nativa, restando quasi sempre presso il suo deposito. Finchè il 31 agosto non viene dichiarato idoneo ai servizii di guerra e proposto alla partenza.

Non appena da Catania giunge a Messina, entra il 2 settembre all' Ospedale Militare locale in stato di agitazione psico - motoria alquanto accentuata, ed il 4 del mese istesso viene inviato al Manicomio.

Resta, qui, per parecchi giorni ancora agitato, verborroico, disorientato, incoerente, confuso, sitofobo ed insonne.

Indi cade, gradatamente, in profonda tristezza. Sta tutto il giorno oltremodo depresso, non risponde ad alcuna domanda, non ha volontà nè desideri.

E' dominato, invece, da idee deliranti di colpabilità e di indegnità: « Ha commesso delle infrazioni militari . . . . . non ha fatto abbastanza il suo dovere . . . . . ha disonorato la propria famiglia ed il suo paese . . . . . teme da un momento all'altro di essere inviato al Tribunale di Guerra . . . . . la sua famiglia, a causa della sua cattiva condotta da soldato e della pena a cui sarà condannato ne risentirà, senza dubbio, gravissimi danni e soffrirà la miseria . . . . . ». Tenta il suicidio.

Presenta il polso frequente (110 - 115); lieve tremore, alle mani; pupille dilatate e torpide alla luce ed alla accomodazione; accentuato dermografismo; attenuati i riflessi mucosi ed esagerati i tendinei . . . .

2 Novembre 1918 — Permane sempre oltremodo depresso, confuso, apatico ed inaccessibile all'interrogatorio. A stento comprende le domande ed a stento risponde. Persiste la tachicardia. Persistono le idee di colpabilità e di indegnità soprattutto come soldato.

Persistono le preoccupazioni famigliari, ritenendo a volte tutti i suoi cari già morti.

2 Dicembre 1918 — Migliora lentamente. E' più comunicativo, difatti, e risponde facilmente alle domande, mentre le idee deliranti ipocondriache sono abbastanza sbiadite.

Proposto ad una licenza esce dal Manicomio per andare in famiglia il 29 Dicembre del 1918.

OSSERVAZIONE II.

S. Salvatore, di anni 27, da Pachino (Siracusa), murifabbro, soldato del Regg. mitragliatrici, viene ricoverato al Manicomio il 28 Agosto del 1918.

Ha il padre e la madre viventi, ma assai malandati in salute; essendo il primo arteriosclerotico e sifilitico e la seconda eminentemente artritica. Una sorella poi sordomuta dalla nascita.

Salvatore è stato, in varii periodi, a combattere in zona di operazioni; e due volte è stato inviato in licenza di convalescenza. Ora fu alla fine dell'ultima licenza ed alla vigilia della partenza per il fronte che il soldato in esame si agitò fortemente, divenendo così impulsivo, aggressivo, laceratore, allucinato, delirante ed insonne, che venne di urgenza, il 26 Agosto stesso, inviato all'Ospedale Militare di Messina per passare, due giorni dopo, al Manicomio locale.

Entrò qui, invece, in stato di profonda tristezza e torpidità psichica. Non risponde per nulla alle domande, è del tutto indifferente a quanto lo circonda; rifiuta il cibo e tenta più volte suicidarsi.

Nei giorni che seguirono si mostrò spesso ansioso; quasi sempre allucinato e dominato da idee deliranti oltremodo ipocondriache e tristi.

Ora è atterrito per supplizi, che gli preparano i suoi nemici; ora sono le gravi pene che deve scontare perchè accusato dai suoi compagni di spionaggio e di tradimento. E' spesso irrequieto di giorno ed insonne la notte.

10 Ottobre 1918 — Risponde a qualche domanda, rivelandosi oltremodo confuso, disorientato e depresso.

All'esame somatico rivela: tachicardia con polso frequentissimo (120 - 125); riflessi tendinei vivaci, pupille midriasiche ed uguali; tremore diffuso, specie alle mani; sudurazione abbondante e dermografismo accentuato.

30 Dicembre 1918 — Per quanto migliorato, ancora non solo è mentalmente depresso e torpido, ma presenta, sebbene sbiadite, idee deliranti di colpabilità e di indegnità. E' ancora preoccupato della triste sorte che toccherà alla sua famiglia per colpa propria, conservando tutt'oggi tendenze suicide.

Ciò non pertanto viene dimesso dal Manicomio e consegnato all'Autorità militare onde essere inviato in licenza,

Anche in queste ultime 4 osservazioni, appartenenti ai gruppi non meno numerosi dei neurastenici ed istero - neurastenici (oss. 8 e 9) o maniaco - depressivi (oss. 10 e 11), spicca la solita particolarità già rivelata nei precedenti 7 casi di psicosi confusionali con o senza allucinazioni.

Quella, cioè, di trovare che la forma mentale riveste lo stesso quadro sintomatologico tanto in individui che sono stati a combattere, quanto in quelli che non lo sono mai stati.

Queste varietà di Psicosi, poi, a cui appartengono tutti quanti gli 11 casi da noi sinora esaminati; mentre da un lato sono le più frequentemente incontrate fra i ricoverati militari venuti in questo Istituto, appartengono dall' altro, o meglio, costituiscono quegli stati psiconeuropatici che sono stati notati con eguale frequenza da tutti quanti i molteplici autori che si sono occupati di simili ricerche, studiando i loro soggetti proprio in zona di guerra.

Si tratta di stati emotivi e di stati psiconeurastenici, che per il loro grado e per la loro persistenza, mentre un grandissimo numero scompare sollecitamente non appena i soggetti affetti sono allontanati dal posto che li ha emozionati e stancati; portano, invece, con l'inabilità più o meno duratura al servizio militare, molti altri soldati al Manicomio.

Sono due stati questi, i quali, indipendentemente di ogni alterazione importante che possa esistere da parte del sistema nervoso, e soprattutto da parte dell' intelligenza, hanno di comune il fatto di rappresentare tutte e due l' esagerazione e la persistenza morbosa di due stati fisiologici l' *emozione*, cioè, e la *fatica*.

La guerra, che rappresenta, per la stessa sua natura, una causa eminentemente forte e permanente di emozione e di fatica, ha moltiplicato i casi di queste due psiconeurosi, provocandone la comparsa tanto in individui del tutto esenti da tara ereditaria. ma infiacchiti per una intensa o prolungata azione dei fattori etiologigi, quanto in individui predisposti, la cui debole resistenza ha ceduto ad un semplice choc, ovvero ad uno strapazzo di lavoro il più lieve.

Sono differenze e contrasti etiologici fra cause ed effetti che ci danno la dimostrazione nel dominio dell'esaurimento nervoso e delle reazioni emotive, per conoscere, rilevando numerosi sintomi subiettivi ed obiettivi, spesso comuni ai due stati in esame, quali costituzioni si presentano al nostro studio affetti, appunto, da tali stati psiconeuropatici.

Se sono essi, cioè, un prodotto acquisito o meglio creato d'un tratto per causa della Guerra, ovvero non siano piuttosto soltanto scoperti o rivelati dalla etiologia della Guerra.

Ora, per quanto questi soldati da noi esaminati siano degli alienati che hanno subito già da un pezzo l'azione deleteria dello choc emotivo soprattutto, e che presentano dei sintomi che potrebbero ritenersi di una durata alquanto esagerata, perchè perdurano dopo che i soggetti si sono allontanati da parecchio dall'ambiente emozionante che l'ha provocati, da raggiungere ancora, dopo varii mesi, sino alla nostra osservazione; ciò non per tanto, nella maggior parte dei casi, presentano essi, sintomi così spiccati e così tenacemente durevoli, da meritare la nostra osservazione.

.·.

Nè sono state soltanto queste due forme neuropsicopatiche, di cui sopra abbiamo presentate le 11 osrervazioni cliniche, quelle che ci fu dato osservare nei militari ricoverati in questo Manicomio durante il sopraddetto periodo di Guerra. Difatti, per quanto in minor numero, abbiamo rilevato ancora dei casi di Demenza precoce, di Psicosi epilettica, di Follia morale, di Frenastenia, e qualche caso ancora di Paralisi generale progressiva. Constatando, anche in queste or dette forme, come nelle precedenti, la frequenza dei fatti ereditarii, specie nei militari appartenenti al secondo gruppo.

.·.

Ma prima di andare oltre in queste considerazioni è bene fermarci un momento per notare come, in tutti questi ricoverati folli militari, in tutte queste varietà di forme psiconeurotiche esaminate, quasi sempre spiccò il ripetersi di dati fatti fisici e psichici, che costituiscono poi, nel loro insieme, siffatte psico-neurosi da emozione, e che, per ordine di frequenza e di importanza potrebbero così essere registrati:

Caratteri psichici	confusione mentale onirismo amnesia depressione psichica - ansiosa impressionabilità ed irritabilità
Caratteri fisici	tachicardia tremore iper - reflettività dermografismo disturbi del linguaggio - mutismo » secretorii - sudurazione

La " *Confusione mentale* „ è cosi comune nei quadri psicosi redatti nei militari ricoverati nel Manicomio durante il periodo di Guerra, che troviamo giustificato il concetto di A. MORSELLI (1), quando questi, riunendo gran parte di questi psiconeuropatici da lui studiati in zona di Guerra, sotto il titolo di " *stati confusionali psichici da Guerra* „ distingue: « una amenza semplice, una amenza allucinatoria, una amenza depressivo - stuporosa ed una amenza gravissima ».

E poi: « forme amenziali da choc emotivo o da choc fisiopsichico, ovvero forme amenziali da astenia o amenziali tossiche e tossico - infettive ». Dappoichè non v' ha dubbio alcuno che alla Guerra ed ai diversi fattori etiologici da essa prodotti, si collegano fatti confusionali; se varia alle volte la intensità della confusione da far spiccare altri sintomi, ciò non esclude la presenza quasi sempre del sintoma amenziale.

Non solo; ma possiamo ancora a questo proposito affermare anche per i nostri casi esaminati nel Manicomio; vale a dire tanto in soldati che da un certo tempo sono allontanati dalla zona di Guerra o zona combattente, quanto in quelli che non vi sono mai stati, come siffatti stati confusionali, soli o associati a sintomi neurastenici, allucinatorii, depressivi, e fin'anco stuporosi; per quanto possano dipendere, a volte, da varii momenti etiologici, è sempre, ciò non per tanto, la Guerra il movente principale.

*
* *

La confusione mentale poi è spesso associata ad « *Onirismo allucinatorio* ».

Il REGIS (2) parla di « Onirismo allucinatorio » e non di allucinazioni, perchè ritiene si tratti di sogno patologico e non di un complesso di allucinazioni. Difatti questi sogni patologici accompagnano quasi sempre i soldati da noi esaminati, specie se provenienti da combattimenti, e sono a contenuto di episodii bellici, a cui gli esaminati stessi hanno preso parte. Si tratta di immagini di battaglie con elementi visivi, uditivi e tattili, accompagnate da rea-

(1) MORSELLI A. — Sugli stati confusionali psichici da Guerra — Quaderni di Psichiatria n. 3-4 1917.

(2) REGIS E. — Les troubles psychiques et neuro - psyquiches de la guerre — La Presse Médicale n. 23 — Maggio 1915.

zioni emotive susseguenti così complesse da non potersi parlare di semplici allucinazioni. Non solo: ma i pazienti sono sempre in grado, come i casi da noi sopra descritti, da criticare i loro sogni e di valutare il giusto loro valore; e spesso, come l'osservazione 3., l'onirismo si è presentato anche durante lo stato di veglia.

Mentre nei casi descritti da REGIS, LATTES (1) ed altri, siffatto sintoma si è osservato con una durata variabile, da pochi giorni, due settimane (REGIS), fino a due mesi (LATTES); i nostri casi, che sono provenienti da altri ospedali, hanno presentato il sintoma in parola fino oltre il sesto od ottavo mese; ed il 3. caso, per di più, venne dopo il 10. mese inviato in licenza ancora presentando un onirismo continuo e persistente, tanto in stato di veglia che durante il sonno.

.·.

Anche l'« *Amnesia* » è stato un sintoma ripetutamente notato.

La fatica, gli sforzi, la tensione mentale, le preoccupazioni, ecc; ovvero lo spavento, il terrore, l'emozione in genere; mentre portano tanto frequentemente ad uno stato più o meno spiccato amenziale; non meno frequentemente avviene che questo stato confusionale od anche stuporoso, venga seguito da una *amnesia*.

La quale abbiamo osservato il più delle volte, *anterograda;* estesa, cioè, a tutto un periodo successivo al trauma; mentre, rare volte, fu constatato, piuttosto *retrograda;* interessante cioè, gli avvenimenti antecedenti al trauma.

.·.

Infine, tra i fenomeni psichici abnormemente persistenti, anche parecchio tempo dopo che lo choc emotivo si è manifestato, vanno notati ancora e spesso, tanto degli *stati di ansietà* continui parossistici, spessissimo associati a degli stati oltremodo depressi e lipemaniaci: quanto degli stati assai appariscenti di *Impressionabilità* ed *Irritabilità*,

(1) LATTES — Alcune considerazioni attorno alle psiconeurosi d'origine bellica — Archivio di antropologia criminale — Psichiatria e Medicina legale. V. XXXIII 1917.

*
* *

Venendo ora ai caratteri fisici, invece: la « Tachicardia » ed il cardiopalmo che Mosso (1), SERGI (2), DUPRE' (3), DEJERINE (4), ed altri autori considerano, come un sintoma fondamentale della emozione, soprattutto paurosa, ahe BABINSCKI (5) E LERI (6) registrano come l'elemento fisico il più costante ed il più essenziale del quadro clinico della psiconeurosi emotiva, è stato in verità un sintoma, tra i caratteri fisici, oltremodo frequente, anzi immancabile ad incontrarsi nei nostri soldati; da giustificare quanto nelle loro pubblicazioni, fatte stando in zona combattente, hnno detto infiniti autori, fra cui STONES (7), PIGHINI (8), ARTHUR ET F HURST (9), ecc.; chiamando, cioè, questo stato convulsionario del muscolo cardiaco con la relativa tachicardia (polso 90 - 100 - 120) « *cuore del soldato* »; ovvero « *cuore irritabile* » del soldato.

*
* *

Il « *Tremore* » poi, che il BALLET (10) ha considerato come l'espressione mimica della paura, è stato, se non sempre, con molta frequenza da noi inontrato; e sempre con quella caratteristica propria ai tremori da emozione. Cioè a dire, variabile, irregolare, con sede svariatissima, a volte intermittente e con forma differente: a differenza del tremore organico sempre identico, stabile e permanente.

---

(1) MOSSO A. — La paura - Un vol. di pag. 311 — Milano — Treves 1884.

(2) SERGI G. — Dolore e piacere — Storia naturale dei sentimenti - Un vol. di pag. 398 — Milano 1894.

(3) DUPRÈ E. — Problémes psychiatriques de l'emotion - Revue Neurologique n. 24 - 1909 — La costitution Émotive — Paris Médical n. 45 1911 e la Presse Médical n. 19 1918.

(4) DEJERINE F. et Gasenel — Un cas de tachycardie permanente d'origine émotive Revue Neurologique n. 15 1915.

(5) BABINSKI F. ET FROMENT F. - Hysterie - Pithiatisme et Troubles nerveux en Neurologie de guerre — Un vol. di pag. 295 — Paris — Masson & C. — 1918.

(6) LERI A. — Commotions et Émotions de guerre — Un vol. di pag. 196 — Paris — Masson & C. — 1918.

(7) STONES H. A. — Sui rapporti fra «cuore di soldato» e ipertiroidismo — The Lancet - 8 Aprile 1916.

(8) PIGHINI G. — Contributo alla clinica e patogenesi delle «Psiconeurosi emotive» osservate al fronte — Rivista sperimentale di Freniatria f, II. III. — 1917.

(9) ARTHUR F. HURST — Observation sur l'Etiologie et le traitement des Neuroses de Guerre — Revue Neurologique N. 10 - 11 - 12 - 1917.

(10) BALLET G. — Note sur la relatione des tremblements et des états émotionnes — Revue Neurologique N. 23 - 24 — 1915.

.˙.

L'« *Iper - reflettività* » o esagerazione dei riflessi, che Dupré (1) fin dal 1909 ha considerato come uno dei segni capitali della costituzione emotiva congenita od acquisita, è stato un sintoma anch'esso frequentemente incontrato. Del resto, se ogni stato emotivo che viene ad alterare le più alte funzioni psichiche disturba, diminuendo quel potere ordinario di inibizione che suole esercitare la corteccia cerebrale sui riflessi, ne viene di conseguenza che quest'ultimi, privati del loro normale controllo, debbono mostrarsi accentuati.

.˙.

Anche il " *Dermografismo* „ è stato con abbastanza frequenza incontrato, ugualmente che la " *sudurazione* „. Della quale, ultima, sappiamo, quanto è persistente (iperidrosi) e continua, anche dopo che la causa emotiva è cessata da lungo tempo, quasi attesti che il meccanismo che presiede a tale funzione si trovi tuttora alterato.

.˙.

I disturbi, infine, del linguaggio sono stati i meno frequenti. Ma dobbiamo subito aggiungere che la poca frequenza del « *Mutismo* » da noi incontrato, a differenza di quanto è stato detto da altri, quello, cioè, di essere tale sintoma piuttosto rilevato in numerosissimi casi, è in dipendenza dal fatto che, essendo esso Mutismo di natura nettamente isterica, il più delle volte avviene che comparisce facilmente d'un tratto in soggetti emozionati, stando soprattutto questi in zona di operazioni, per scomparire poi da lì a poco. Per modo che sono soltanto i pochi casi, nei quali, persistendo il disturbo del linguaggio ostinatamente e per lunghi mesi, anche dopo l'invio dei pazienti in licenza, che cadono sotto la nostra osservazione.

---

(1) DUPRÈ E. — Problèms psychiatriques de l'emotion - Revue Neurologique N. 24 — 31 Dicembre 1909.

* * *

Da quanto abbiamo sopra raccolto dall'esame dei soldati folli sottoposti alla nostra osservazione, dal 1 Giugno 1915 al 31 Dicembre 1918, chiaro ora ci risulta come il quadro sintomatologico che presentarono i folli del primo gruppo sia stato identico a quello del secondo gruppo. Cioè a dire, le forme psicopatiche ed il quadro sintomatologico che le distingue, registrate tra il gruppo di soldati che vennero dal fronte o dalla zona di operazione, sono identiche a quelle studiate nel secondo gruppo, che riguardano soldati, i quali non sono stati mai a combattere nè in zona di Guerra. Ad eccezione, si intende, della maggiore o minore frequenza di date forme più in uno che nell'altro gruppo.

Non solo; ma è ancora abbastanza evidente la somiglianza sintomatologica che presentano i traumatizzati psichici delle catastrofi terrificanti che si verificano in tutt'altre circostanze, come nei siluramenti di navi, nei terremoti, nei disastri ferroviarii, ecc.

Ora, di tutta questa uniformità di sintomi rilevata nelle varie forme di psiconeurosi traumatiche, riscontrate nei soldati esaminati, ci fa con molta facilità correre al concetto di un unico fattore occasionale patogenico; che mentre unifica la sindrome traumatica, si identifica poi in una più o meno forte emozione sofferta dal paziente.

Vale a dire che quanto si rileva nelle psiconeurosi traumatiche studiate, viene ad essere determinato, senza alcun dubbio, dal fenomeno emotivo, dalla " *Emozione* ,,.

Moltissime pubblicazioni sono apparse nella letteratura medica, dacchè è scoppiato il conflitto europeo, sulla patogenesi delle Psiconeurosi traumatiche. Ritenendo alcuni che il trauma fisico accompagni sempre e predomini sul trauma psichico, ed altri, invece, che questo ultimo abbia piuttosto da solo il predominio su tale sviluppo. Vale a dire che per i primi le psicosi traumatiche sono di origine *commotiva*, per i secondi di origine *emotiva*. Senza contare che vi sono stati altri ancora che hanno invocata una terza origine, quella, cioè, che sta in dipendenza di due diversi meccanismi: l'uno *emotivo* che ha agito sulla psiche, e l'altro *commotivo* che ha agito su determinati territorii del sistema nervoso (Oppenheim (1), Langer, ecc.).

(1) Oppenheim — Fur traumatische Neurose — Neurol. Centrall. 1915 N. 14.

Senza entrare a discutere quanto di vero c'è in queste tre opinioni: noi, stando soprattutto ai numerosi casi osservati in questo Manicomio, possiamo ritenere come assodato che solo in speciali circostanze può associarsi l'azione commotiva con la emotiva; come in altri più rari casi ancora, anzi rarissimi casi, può trovarsi che l'azione commotiva resti sola a provocare la sindrome traumatica; ma nella enorme maggioranza dei casi le psicosi e psiconeurosi hanno una patogenesi emotiva soltanto.

Così solo si può spiegare la grande somiglianza sintomatologica sopranotata, che presentano i traumatizzati psichici che sono stati in zona di operazione con quegli altri traumatizzati psichici che non sono stati mai a combattere, ovvero con i traumatizzati psichici delle catastrofi terrificanti che sogliono verificarsi in altre circostanze (SCHÜSTER (1), LEYDEN (2), KLEMPERER (3), ecc.).

Ed allora noi con la Guerra e per la Guerra non abbiamo altro ottenuto per la patogenesi di queste psiconeurosi, che la conferma, su più vasta scala, di quanto si era detto e scritto da valorosi neurologi e psichiatri prima della Guerra.

Così ENRICO MORSELLI (4) fra gli autori italiani, nel 1913 scriveva che l'influenza delle emozioni nella genesi di una « neurosi » è tanto facilmente ammessa da aver condotti taluni neurologi e medici delle Casse di soccorso a dire colpiti da « neurosi traumatiche » certi individui che attribuivano le loro sofferenze più o meno suggestive, a forti impressioni morali penose. Così, il RODZAEWSKY (5), fra gli autori stranieri, illustra un caso di « psiconeurosi traumatica » insorta allo spettacolo di una esecuzione capitale in Pietroburgo. E lo stesso E. MORSELLI (6) ebbe a ricordare di un operaio affetto da simile neurosi per avere assistito alla « vista penosa » di un compagno realmente colpito e ferito in un infortunio di lavoro.

Ed allora, se l'elemento intellettuale nel processo costitutivo delle emozioni era già stato da un pezzo rimesso in onore; è la

(1) SCHUSTER P. — Die Untersuchung u. d. Regutachtung bei traumat. — Erkrankungen d. Nervensystems — Berlin. Karger, 1899.
» Centrl. Bl. f. Nervenheilk — u. Psych. 1905.

(2) LEYDEN VON E. — Klinik der Rückenmarks-Krankheiten — Berlino 1874-75.

(3) KLEMPERER — Citato da Enr. Morselli — Le neurosi traumatiche — Torino 1913.

(4) Morselli Enr. — loc. citato.

(5) RODZAEWSKY — citato da Enr. Morselli: Le neurosi traumatiche — Torino 1913 p. 73.

(6) MORSELLI ENR. — loc. citato pag. 73.

teoria di LANGE, JAMES (1), SERGI, REGALIA (2) ecc.: si era già affermata sempre più con le opere di REVEILLE-PARISE, del TODD (3), del FORBES-WINSLON, del BOUCHUT, e di altri ancora, sino a quelle di HACK-TUKE, e gli studii e le osservazioni di vari autori sulle emozioni terrifiche di migliaia di persone che a Parigi, l'11 Agosto del 1903, si trovarono presenti al disastro della Ferrovia sotterranea o « Metropolitaine »: e le osservazioni di infiniti autori sulle emozioni terrifiche di centinaia di migliaia di abitanti della regione Calabro-Sicula devastata dal terremoto del 28-29 Dicembre 1908 [MORSELLI E. (4), D'ABUNDO (5), GABBI (6), MONDIO (7), ecc.); e tutte quante le svariate e molteplici osservazioni che innumerevoli autori vanno tutti i giorni presentemente a pubblicare intorno a questo periodo di Guerra (ANDRÈ LERI (8), HENRI HOVEN (9), DEL GRECO (10), D'ABUNDO (11), SEPPILLI (12), MORSELLI A. (13), BIANCHI V. (14), PIGHINI (15), BUSCAINO (16), SAURAGE ET GUIRAUD (17),

(1) JAMES ALEX. — Trauma as a factor in disease — Edinburgh med. Journ. VIII. 1862.

(2) REGALIA E. — Vi sono emozioni? — Arch. per l'Antropologia e la Etnol. XIX. 1889.

(3) TODD. R. B. — Clinical Lectures on paralysis certains Diseases of the Brain and Other affection of Nervous System — Londra 1856.

(4) MORSELLI E. — Le neurosi traumatiche — Studio clinico e Medico-legale — Torino 1913.

(5) D'ABUNDO G. — Stati neuropatici consecutivi al terremoto del 28 Dicem. 1908. — Riv. ital. di Neuropatologia - Psich. II. 1909.

(6) GABBI U. — Astasia-Abasia traumatica in una bambina epilettica — Riv. Pat. nerv. e ment. — Firenze 1902.

(7) Mondio G. — Le psicosi incontrate nei disastrati Messinesi del 28 Dicem. 1908 — Annali del Manicomio Inter. Anno I. 1912 — Riv. di Psicologia applicata Anno VIII. N. 5. 1911

(8) ANDRÈ LERI — Les troubles émotionnels de Guerre — travaux des centres neurologiques militaires — 1917.

(9) HENRI HOVEN — Les maladies mentales et la Guerre — Notes cliniques — Archives médicales Belges N. 5. 1917.

(10) DEL GRECO F. — Gli ansiosi emotivi — Riv. ital. di Neurop. Psich. ed Elett. f. 6. 1917.

(11) D'ABUNDO G. — Turbe neuropsichiche consecutive alle commozioni della Guerra Italo-turca — Riv. ital. di Neurop. Psich. ed Elettrot. v. V. f. 6. 1912.

(12) SEPPILLI G. — Disturbi mentali nei militari in dipendenza della Guerra — Rivista ital. di Neurop. Psichiat. ed Elettrot. v. X. f. 4. 1917.

(13) MORSELLI A. — Sulle sindromi emotive da Guerra — Riv. di Pat. nervosa e mentale v. XXII. f. 7 — 1917.

(14) BIANCHI V. — Neuropsichiatria di Guerra — Annali di Nevrolog. f. I. 1917.

(15) PIGHINI G. — Contributo alla clinica e patogenesi delle « Psiconeurosi emotive » osservate al fronte — Riv. Sperim. di Freniat. V. XLII. f. II. III. 1917.

(16) BUSCAINO — Esperienza psichiatrica di Guerra — Riv. di Pat. nervosa e mentale f. 5. 8. 1919.

(17) SAUVAGE ET GUIRAUD — Trois observation de troubles mentaux développé par choc émotif — Revue neurologique N. 10-11-12, 1917, p. 314.

BIANCHI L. (1), GEORGES DUMAS ET HENRI RIME (2), ECC.] non fanno altro che confermare sempre più in modo esauriente, e per vastità di casi e per opportunità di osservazioni, come del fattore emotivo stiano in dipendenza quasi tutte le psicosi e psiconeurosi traumatiche recentemente studiate in questo presente periodo di Guerra, come lo sono state in altri tempi ed in altri periodi catastrofici di minore e di maggiore importanza che la presente Guerra.

Soltanto è da aggiungere che oggi si è andati più avanti nella facilità di ottenere chiare e nuove conferme, nello apprendere nuove cognizioni rispetto alle alterazioni neuro-psichiche che l'agente « emotivo » può provocare nei pazienti colpiti; da costituire, proprio oggi, tutta una *patologia di emozioni* in generale e delle grandi emozioni di Guerra in particolare, che non ha niente che vedere con l' Isteria (ANDRÉ LÉRI (3) ECC.).

Altro è dire ed affermare che l'*Isteria* non sia del tutto estranea a queste neuro-psicosi emotive [BABINSKI (4)], caratterizzate da un prolungamento o da una maggiore ed inusitata estensione dei fenomeni fisiologici dell'emozione [MIEGE (5)], altro è dire che le psiconeurosi traumatiche in questa Guerra osservate non siano altro che delle manifestazioni isteriche [CLAUDE (6), NONNE (7), LEWANDOWSKY (8), DAVIDENKOF (9), D'ONGHIA (10), ECC.].

L'Isteria al più complica, ma non costituisce la psicosi traumatica [PIGHINI (11), ARTHUR-F. HURST (12), GEORGES DUMAS ET

---

(1) BIANCHI L. — Relazione sulle Neurosi e Psicosi alla Commissione del Dopo-Guerra — Annali di Nevrologia f. IV. V. VI. 1919.

(2) GEORGES DUMAS ET HENRI AIME — Nevroses et Psycoses de Guerre — Paris 1918.

(3) LERI ANDRE' — Les troubles emotionnels de Guerre — Revue Neurologique n. 10-11-12 1917 p. 452.

(4) BABINSKI — Hystérie-pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe — Première édition, novembre 1916 — Revue Neurolog. n, 10-11-12 1917.

(5) MIKOK H. — Nouelles remarques sur les tremblements — A propos d'une serie de trembleurs de Guerre — Revue Neurologique n. 1-2 1918.

(6) CLAUDE ET LHERMITTE — Pressè mèdicale — 3 janvier 1918 — Psychoses Hystéro-emotives de la Guerre par H. Claude — Paris medical n. 36. 1916.

(7) NONNE U. — Ueber den einfluss der Unfallgesctzgclung auf den ablauf von Unfallneurosen — Mon. f. Unfall. XIII. 1906 — Unfallneurosen Deutsche und Wochens. 1910 n. 47.

(8) LEWANDOWSKY U. — Praktische Neurologie für Aerste — Berlin I. Springer 1912.

(9) DAVIDENKOF-SERGE — Contribution à l'étude des Psychoses aiques de Guerre les Psychoses Hysteriques — La Gazzette (russe) psychiatrique n. 20. 1915; n. 11. 1916.

(10) D'ONGHIA F. L'isteria emotiva — Annali di Nevrologia An. XXXIV. f. 3. 1917.

(11) PIGHINI G. — loc. cit.

(12) ARTHUR F. HURST — loc. cit.

Henri Aimè (1), ecc.]. Questa è dovuta essenzialmente alle ripetute emozioni, a cui si associano delle preoccupazioni famigliari e personali; a cui si aggiungono il più spesso, oltre che la depressione fisica e mentale, dei disturbi vasomotori, secretori, digestivi, respiratorii, vertiginosi, ecc., tra cui la tachicardia è l'elemento fisico il più costante, ed al cui complesso di sintomi la Guerra imprime loro solamente una certa «tinta militare» [Leri, Andrè (2), ecc.].

Piuttosto lo studio di questi stati emotivi così numerosi; e quanto la fisiologia delle emozioni in genere ci ha testè dimostrato in tutte queste contingenze belliche, ci ha fatto fare un passo in avanti: nel senso che ci ha fatto assicurare come proprio questi stati psichici abbiano costanti ripercussioni sul sistema nervoso simpatico.

Anzi si potrebbe addirittura ritenere come negli studiati traumatizzati psichici esista tutta quanta una sintomatologia, ed importante sintomatologia, la quale, mentre non ha niente che vedere con l'Isteria, ci dà poi l'espressione la più chiara dell'irritazione del sistema simpatico a cui va legata la secrezione endocrina.

Dappoichè sono dei sintomi, dei disturbi che sono la ripercussione diretta dello choc subito dalla corteccia cerebrale nei suoi centri psichici, motori e sensoriali.

Difatti, per quanto da un infinito numero di autori Francesi, Italiani, Tedeschi, Inglesi ecc., si sia indagata la etiologia, la natura, di queste neuropsicosi traumatiche di Guerra, non v'ha dubbio alcuno che molte controversie e molte teorie sarebbero di leggieri eliminate le une e dichiarate inaccettabili le seconde o per lo meno notevolmente modificate e ridotte, se maggiore importanza, se non tutta quanta, si fosse data all'« *Emozione* » che è la causa principale, se non l'unica causa.

Basta pensare alla *neurosi di « Paura »* presa nel senso di Horn; alle *neurosi di Angoscia* nel concetto di Heckel (3); alla *psicosi di mobilitazione* descritta da Fuchs (4), Bonhöffer (5), e Wollenberg (6), ecc. ecc.; ovvero in genere a tutti quanti i di-

(1) Dumas G. et H. Aimè — loc. cit.
(2) Leri - Andrè — loco cit.
(3) Heckel F. — La névrose d'angoisse — Paris, Masson & C. 1915.
(4) Fuchs U. — Mobilmachung psychosen — Arzt. Sachverst. Ztg 1915.
(5) Bonhöffer M. — Psychiatrie und Krieg — Deutsche med. Wochenschr. 1914.
(6) Wollenberg U. — Nervöse Erkrankungen bei Kriegstheilnhmern Münch Med. Wochenschr. — 1914. N. 44.

sturbi psicogeni acuti in dipendenza, patogenicamente, dalla intensità dello choc emotivo; i quali poi rappresentano, in rapporto alla rapidità di esplosione, all'estensione ed alla durata, un aumento anormale delle manifestazioni naturali della paura stessa e dell'angoscia, da cui le psiconeurosi originano e dipendono; basta pensare, ripetiamo, come tutti questi stati psicotici da reazione dipendono non del tutto dalla natura e dalla intensità del traumatismo psichico, ma piuttosto dal carattere patologico specifico dell'individuo traumatizzato [SEELERT (1), BUSCAINO (2), PIGHINI (3), ecc.]; basta pensare, ripetiamo ancora, a tutte le psiconeurosi dei disastrati in genere, di cui l'evoluzione è cronica e di cui la sintomatologia (alterazione del carattere con ipocondria e depressione: con abulia, apatia, e riduzione concentrica della vita psichica intorno alle complesse conseguenze fisiche e giuridiche del trauma, ecc.), con la più grande esattezza psicologica e logica ricercata, dipende dalle diverse influenze emotive: per notare che siffatti disturbi ed altri ancora non sono per nulla degli stati isterici, per quanto, con tutta sicurezza siano degli stati psichicamente prodotti dal trauma, ma invece degli stati psicopatici che meritano ogni distinzione dalle forme isteriche, sebbene alle volte si possa dare il caso di trovare, nel loro insieme, qualche isolato, sia anche vero, sintoma isterico [GEORGES DUMAS ET HENRI AIMÉ (4) ecc.].

* * *

Non solo: ma se noi teniamo conto di tutte le pubblicazioni fatte in questi ultimi anni da molteplici autori, soprattutto psichiatri e neuropatologi, troviamo non solo infiniti casi psicopatici e neuropatici in tutti i mobilizzati delle varie Nazioni belligeranti: ma ancora, se non un aumento spiccato delle malattie mentali e nervose di tutte le classi civili; almeno un accentuarsi di date forme mentali che ripetono in gran parte l'origine da stati emotivi.

Il Manicomio di Messina, ad esempio, che ricoverava prima

(1) SEELERT — Ueber Neurosen nach Unfällen mit besonderer Berücksichtigung von Erfahrungen im Kriege — Monatssch. f. Psych. u. Neurol. 39, H. 6. 1915.

(2) BUSCAINO U. — Esperienza psichiatrica di guerra — Rivista di Patologia nervosa e mentale f. 5-8 Settem. 1919.

(3) PIGHINI G. — Contributo alla clinica e patogenesi delle «Psicosi emotive» osservate al fronte — Rivista Sperim. di Freniatria v. XLII. f. II. III. 1917

(4) DUMAS G. ET H. AIMÈ — loc. cit.

della Guerra, o meglio ancora prima della mobilitazione, e per i tre anni che vanno dal 1912 al 1914, i seguenti folli:

N.° 867 al 31 Dicembre 1912
» 860 » » » 1913
» 874 » » » 1914

negli anni della Guerra, che vanno dal 1915 al 1918, ricoverava invece:

N.° 885 al 31 Dicembre del 1915
» 895 » » » » 1916
» 952 » » » » 1917
» 782 » » » » 1918

La riduzione che si nota al 31 Dicembre 1918, in dipendenza dell'essere la Guerra cessata già da parecchi mesi, si accentuò ancora di più al 31 Dicembre 1919; dal momento che in questa fine di anno (1919), troviamo i folli degenti ridotti al N.° di 600.

Vale a dire che, per quanto lieve, c'è stato un aumento, nei ricoverati, durante gli anni della Guerra.

Un aumento però complessivo, perchè in queste cifre ora registrate sono compresi non solo gli uomini e le donne ricoverate, ma ancora i militari folli.

Difatti negli anni della Guerra che vanno dal 1915 al 1918, abbiamo avuto le seguenti ammissioni:

Anni	1915	1916	1917	1918
Uomini . . .	243	206	224	251
Donne . . .	145	162	179	188
Militari . . .	36	98	512	715
	424	466	915	1154

Ora se noi consideriamo il fatto che i militari ricoverati in questo Istituto, durante gli anni 1915-1918, sono stati dei militari appartenenti alle tre provincie (Messina, Siracusa, Caltanisetta) che

ordinariamente inviano i loro folli a questo Manicomio: troviamo giustificato, da un lato il perchè negli anni della Guerra ci è stato un aumento complessivo dei ricoverati, compresi i militari; e poi una diminuzione, invece, se si considerano soltanto i ricoverati civili, escludendo i militari; e dall'altro un appariscente aumento, rispetto agli uomini, delle donne ricoverate, provenienti sempre dalle tre provincie sopranominate, come non lo era stato pel passato, in tempo di pace:

Ammissioni negli anni 1912 — 1913 — 1914

	1912	1913	1914
Uomini	329	262	243
Donne	220	153	127
	549	415	370

Ove si nota, cioè, un numero superiore, oltre un centinaio, e sempre nelle ammissioni degli uomini rispetto a quello delle donne.

Il che viene a dimostrare l'influenza emotiva della Guerra anche nella vita civile. Dappoichè è stato constatato da me, come lo è stato da altri, per altri manicomii, che nel periodo della guerra predominano oltre che le ammissioni di donne folli (dai 16 ai 40 anni) rispetto agli uomini (dai 50 ai 70 anni): ancora le forme mentali a tipo depressivo ed in dipendenza quasi sempre da preoccupazioni affettive e familiari create dalla Guerra (1).

(1)..... in tutte le nazioni combattenti c'è stato aumento di malattie nervose e mentali..... Psichiatri e neurologisti tedeschi ed austriaci hanno constatato tale aumento in Germania ed Austria..... U. Birnbaum affermò già come in un articolo del New York Herald apparso nel 1915 veniva rilevata la frequenza di disturbi nervosi e mentali nei soldati esposti al fuoco nemico (p. 29 - 31).... lo stesso aumento fu constatato ancora da Bonhöffer e Wollemberg e da Fuchs, p. 36. Riportato da Dumas G. et Henri Aimé — Névroses et Psychoses du Guerre chez les Austro - Allemands — Paris Felix Alcan - Editeur 1918.

Anche il Prof. L. Bianchi nella sua Relazione alla Commissione del Dopo - Guerra sulle Nevrosi e Psicosi (riportata negli Annali di Nevrologia f. IV. V. VI An. XXXV. 1919 p. 133) asseriva:

« essere ormai innegabile un effettivo aumento dei folli in Italia ed in altre nazioni specialmente durante la presente Guerra.

Il Dottor Ferdinando Cazzamalli ancora, in uno studio pubblicato nell'Archivio di Antropologia Crimin. Psich. e Medicina Legale (f. III. IV. 1918 - 19 p. 191) affermava a sua volta che nella Guerra attuale, come in tant'altre guerre o rivoluzioni o terremoti ecc. (Guerre del 70 - 74; moti rivoluzionarii in Russia del 1905; terremoto calabro - siculo del 1908 ecc.) è stato sempre dimostrato l'aumento della follia mercè gli accresciuti ingressi manicomiali, p. 221.

. .
.

Cosicchè, mentre da un lato verrebbe giustificata la tendenza sopra notata di molteplici autori; i quali, pur avendo nello studio delle varie psicosi belliche un concetto unico, ciò non pertanto hanno voluto dar loro svariate e nuove denominazioni, fino a raggiungere a quello di «*Psicosi da Mobilitazione*». [Mobilmachung Psychose (1)] che altro concetto non esprime se non quello di trattarsi di una affezione che si sviluppa sopra un fondo primitivo di angoscia e di agitazione mentale provocato dall'entrata del soggetto sotto le armi; dall'altro viene a dimostrare assai nettamente come siffatta tendenza non sia una esagerazione [Georges Dumas et Henri Aimé (2), ecc.]; ma un giusto ed esatto apprezzamento da aversi di tutti o della maggior parte dei casi psicosici incontrati nel periodo bellico.

Le quali, altro poi non sono che delle psicosi traumatiche emotive, a cui fan parte quasi tutte le confusioni mentali, quasi tutti gli stati depressivi; od in generale tutte le psiconeurosi, sia che si chiamino: «*Neurosi da paura*» [Sckreck - neurosen (3)], «*Neurosi d'angoscia*» [Neurose d'angoisse (4)], «*Psicosi da marmitta*» [Marmite - psichosen (5)], *Neurosi da Granata*» [Granata - neurosen (5)]; ovvero «*Raptus emotivo*» (6) od *Ictus emotivo*» (7); ecc. Tutte in dipendenza sempre del traumatismo emozionale, dall'Emozione.

. .
.

A questo proposito meritano di essere ricordati i seguenti tre casi di militari, ricoverati nel manicomio, durante i primi mesi del 1918.

I quali, per quanto classificati nei sopraesposti quadri nelle forme depressive e lipemaniache, ciò non pertanto era talmente spic-

---

(1) Mobilmachung - Psychose di M. Fuchs — loc. cit.

(2) Dumas Geor. et H. Aimé — loc. cit.

(3) Schreckneurosen di Birnbaum M. — Berlin ann. 26. 1. 1915.

(4) Neurose d'angoisse di F. Heckel — Paris. Masson & C. Edit. 1917.

(5) Marmitte - psychoses; Marmite - neuroses; Granat - neurose, riportate da Georges Dumas et Hen. Aimé — loc. cit. p. 30.

(6) Raptus emotif del Dr. Delmas in Dumas Georg. et Hen. Aimé — loc. cit.

(7) Ictus emotif di Dupré, riportato da Dumas Georg. et H. Aimé — loc. cit.

cato il loro stato ansioso da richiamare alla memoria, ora che siamo in quest' ultimo ordine di idee, i casi studiati e pubblicati sotto il titolo di " *États anxieux* ", soprattutto da **Raymond Mallet** (1).

Osservazione 12.

B. Domenico, di anni 36, contadino, soldato del I. Regg. Genio, entra in questo Manicomio il 7 Marzo del 1918 proveniente dalla zona di Guerra; dove, appena giunto, oltremodo preoccupato e depresso, subisce in pochi giorni, tali emozioni da entrare subito in uno stato oltremodo angoscioso, pur non avendo mai ricevuta alcuna ferita o contusione di sorta.

Viene, per tanto, direttamente internato al Manicomio di Napoli, da cui passa da lì a poco a quello di Messina.

E' oltremodo irrequieto; ora parla a voce fioca, piange e singhiozza; ora grida, si lamenta, si agita, si dà pugni in testa, rivelando sbiadite idee deliranti persecutorie. Ha preoccupazioni famigliari; crisi di pianto e di sconforto; a volte si dà a correre; altre volte si esalta e tenta buttarsi dalla finestra.

Oltre a ciò presenta: tachicardia continua (110 - 120), dermografismo, sudorazione abbondante, esagerati i riflessi tendinei, vertigini, sensazioni multiple viscerali penose ed insonnia.

Ha il padre bevitore ed un fratello deficiente.

Osservazione 13.

D. Vincenzo, di anni 28, contadino, da Siracusa, soldato del Plotone Autonomo, 48. Fanteria; viene in questo Manicomio il 18 Febbraio del 1918 in stato oltremodo ansioso.

Dai carabinieri che l'accompagnano si apprende che egli è stato recentemente amnistiato dalla condanna di diserzione, per il che fu messo in libertà dal carcere militare di Monteleone.

Ebbene! non appena il D. Vincenzo ebbe comunicata la notizia della sua liberazione che riteneva inattuabile, diviene subito irrequieto, insonne, sitofobo ed ansioso, tanto che fu al più presto internato in questo Istituto.

Ha l'avo paterno emiplegico ed uno zio materno ricoverato da parecchi anni al Manicomio.

---

(1) **Mallet Raymond — États anxieux — Réunion médicale de la IV Armée, 16 Juin 1916 — Revue Neurologique, N. 11, 12, 1916.**

E' oltremodo mobile, irrequieto; il viso contratto, l'atteggiamento del disperato; dondola continuamente la testa e spesso piange. Ora congiunge le mani quasi volesse implorare perdono, pietà, indulgenza; altre volte gira per la sezione quasi volesse nascondersi.

Ha paura. Durante la notte è quasi sempre insonne. E' stato visto spesso e di notte, gettare d'un tratto le coperte ed atterrito alzarsi dal letto ripetendo: « mamma . . . . , aiuto; mamma . . . . . aiuto ». Altre volte ripete invece: « l'hanno ammazzato . . . . . l'hanno ammazzato ».

Ha tachicardia continua (105 - 120); sudorazione abbondante; tremore generale, specie agli arti superiori; dermografismo ed esagerazione dei riflessi tendinei.

20 Aprile — Persiste ansioso, irrequieto, sitofobo, disordinato ed insonne.

10 Maggio — E' più calmo, meno ansioso, ma disorientato ed apatico.

3 Giugno — Esce per andare a casa soltanto migliorato.

OSSERVAZIONE 14.

C. Raimondo, di anni 38, campagnuolo, da Caltanissetta, soldato dell'86. Fanteria - deposito; viene condotto al manicomio il 18 Gennaio 1918, in stato di irrequietezza somma. Non può star fermo un momento, gira per la sezione, manifesta idee deliranti assai variabili: persecutorie, ipocondriache, di colpabilità, mistiche, ecc.

Ha pensieri famigliari preoccupanti, qualche allucinazione cenestetica ed insonnia ostinata. Tenta due volte il suicidio. Ha aspetto eccessivamente preoccupato, stravolto, quasi contratto; attitudine instabile. Questo stato ansioso è quasi permanente e dura parecchi mesi. Ad esso si unisce una spiccata tachicardia (polso 120 - 130) ed una notevole ipertensione arteriosa, con dermografismo e sudorazione generale abbondante. Infine esagerati i riflessi tendinei, spento il corneale e deboli i mucosi.

Dalla cartella clinica che l'accompagna risulta che era stato mobilizzato da pochi giorni, quando nelle ore di uscita dal quartiere e mentre andava per le vie della città di Messina, d'un tratto squilibrava, dandosi a correre, finchè non giunse a buttarsi in mare. Da cui estratto subito viene trasportato all'Ospedale Militare e da questo inviato al Manicomio.

Ha ricca eredità neuropsicopatica: il padre al Manicomio, la madre isterica e convulsionaria ed un fratello ed un cugino entrambi epilettici.

* * *

Come facilmente scorgesi sono queste tre ultime osservazioni or ora notate assai identiche fra di loro. Trattasi di tre soggetti, i quali mentre vivevano normalmente del loro abituale lavoro

vengono, per il dovere della Guerra, allontanati dal loro ambiente, dalla loro famiglia, dalle loro abitudini e vestiti da soldati. Questo solo fatto è stato sufficiente (specie per il 1. e 3. caso dal momento che per il 2. si sono aggiunte altre emozioni oltre quella di essere mobilizzato: quella dalla condanna, cioè, per diserzione, e poi quella della liberazione inaspettata), per fare scoppiare in loro che ne erano predisposti, dei disturbi mentali sotto forma di *iperemotività ansiosa*. In cui, cioè, il fattore emotivo o, meglio, il traumatismo morale, mentre determina una pura psicosi «*emotivo - ansiosa*» ci dimostra ancora più apertamente la grande importanza del fattore emotivo nella genesi delle psicosi da Guerra, ricordandoci in pari tempo, come sopra si è detto, non solo gli stati ansiosi *(États anxieux)* di RAYMOND MALLET (1); dappoichè la sola ansietà è quella che più di ogni altro sintoma spicca e vi costituisce la sindrome clinica; ma ancora l'*Emotività costituzionale (Émotivé constitutionelle)* di DUPRÈ ET GRIMBERT (2); gli «ansiosi emotivi» di FRANCESCO DEL GRECO (3); gli *stati confusionali ed ansiosi nel combattente (États confusionnelles et anxieux chez le combattant)* dello stesso RAYMOND MALLET (4); la Psicosi di Mobilitazione (*Mobilmachung - Psychose*) di FUCHS M. (5); la *Neurosi da Paura (Schreckneurosen)* di BIRNBAUM (6); la *Neurosi d'angoscia e gli stati di emotività ansiosa* (*Neurose d'angoisse et les États d'Émotivité anxieux)* di F. HECKEL (7); *l'Esplosione emotiva (Raptus emotif)* di DELMAS (8); *l'Ictus emotivo (l'Ictus emotif)* di DUPRE' (9); *gli ansiosi (Les anxieux)* di DEVEAUX ET LOGRE (10); *l'angoscia della Guerra (Angoisse de Guerre)* di RENON (11); ecc.

---

(1) RAYMOND MALLET — États anxieux — Reunion médicale de la IV. armée. 1916.

(2) DUPRÉ ET GRIMBERT — La psychonevrose émotive - émotivé constitutionnelle et aiquis — Societé de Neurologie, seance du 11. janvier 1917.

(3) DEL GRECO FRANCESCO — Gli stati emotivi — Rivista Ital. di Neuropat. Psich. ed Elettrot. Vol. X. fasc. 6. 1917.

(4) RAYMOND MALLET — États confusionnel. et anxieux chez le Combattant — Annales medico - psychologique, an. LXXIII. janvier 1917. Revue neurol. n. 5 - 6 1918.

(5) FUCHS M. — Mobilmachung psychose — Arzt. Sachverst. Ztg. 1915.

(6) BIRBAUM U. — Psychiatrische und Nervenärztliche, Sachverständigentätigkeit im Kriegekriegsärztl — Abende, Berlin ann 26 - 1 - 1915.

(7) HECKEL F. — La néurose d'angoisse et les états d'Emotivité anxieux — Paris. Masson & C Editeurs 1916.

(8) DELMAS — Raptus emotif, riportato da George Dumas et H. Aimé — Paris Fel. Alcan. E. 1918.

(9) DUPRE' — Ictus emotif, riportato da G. Dumas et H. Aimé, come sopra — 1918.

(10) DEVAUX ET LOGRE — Les anxieux — Paris. Masson & C. Edit. 1917.

(11) RENON — Angoisse de Guerre — Bulletin de la Societé de thérapeutique fev. 1916.

.·.

È stata l'Emozione, quindi, che ha destato, più di ogni altro fenomeno, l'interesse dei psichiatri, neuropatologi e psicologi; e che si è resa responsabile della maggior parte della patologia nervosa e mentale nel periodo di guerra testè tramontato. E se l'Emozione, giusto quanto ha dimostrato la fisiologia nervosa sperimentale, è quel fenomeno complesso di turbamento dell'organismo nervoso che si avverte come rimozione dello stato psichico sentimentale e cenestetico normale, per opera di speciali *stimoli esterni (sensazioni)*; o *interni (percettivi - rappresentativi)* dotati della speciale qualità di essere emozionanti (PELLACANI G. (1)); ne viene di conseguenza che lo studio di essa Emozione acquista la massima importanza nell'etiologia e patogenesi di tutti i disturbi mentali surti nell'attuale Guerra. Dappoichè, assodato che uno stato emotivo può essere originato indifferentemente da stimoli psicogeni conoscitivi ipersentimentali (percettivi o rappresentativi), ovvero da stimoli esogeni sensoriali - sensitivi: divengono oltremodo preziose le ricerche che tendono a rilevare non solo quali alterazioni, ma soprattutto come si producono quelle date alterazioni nell'organismo, non appena quelle sensazioni, o stimoli interni ed esterni, siano entrati nella coscienza dell'individuo che li ha subiti.

La fisiologia psicologica ci ha insegnato come gli stimoli interni (specialmente quelli di origine simpatica, giungenti alla corteccia per le speciali vie del midollo e per la stazione cellulare dei nuclei della base) hanno nella vita psichica altrettanta importanza quanto gli esterni sensoriali e sensitivi; ambedue queste vie (quella degli stimoli interni e quella delle impressioni esterne) si introducono nel cervello, centro dei centri, ove ambedue questi eccitamenti (sensibilità) si associano a costituire un eccitamento risultante unico con la specialità di essere cosciente.

---

(1) PELLACANI G. — Caratteri e natura dell'emozione — Rivista di Psicologia — Anno XV. n. 2. 1919.

* * *

Il concetto che il perturbamento psichico emotivo per le vie del vago - simpatico si propaghi alle varie glandole ed apparecchi glandolari che con quel sistema hanno intimi rapporti, è stato recentemente e da insigni autori sostenuto per la patogenesi delle nostre sindromi studiate. Si tratterebbe di ammettere che l'irritazione del sistema del vago (nervo dell'emozione) altererebbe il sistema glandolare che ad esso funzionalmente è legato; e quest'ultima alterazione a sua volta eserciterebbe la sua influenza su quel sistema.

Per modo che, sebbene molta oscurità ancora vi persista intorno al modo come si svolgono i nostri processi psichici, e sulle correlazioni funzionali che essi hanno col sistema endocrino - simpatico, col biochimismo organico e con tutti gli altri tessuti e sistemi dell'organismo; ciò non pertanto lo stato delle nostre conoscenze attuali è tale da incoraggiarci ad accettare con una certa sicurezza che una tale correlazione funzionale realmente esista; e che le forti emozioni, siano esse continuative o violente a tipo di choc psichico, possono provocare i più svariati quadri clinici di forme incluse tanto nella patologia del sistema endocrino - simpatico, quanto nel sistema nervoso in genere.

RIEPILOGANDO

La Guerra non ha creato nuove malattie mentali, ha soltanto accentuato e scoperto delle psicosi o neurosi costituzionali latenti od in via di evoluzione, dando il più grande sviluppo alle psicosi e neurosi traumatiche - emotive.

Pertanto, mentre c'è stato soltanto un lieve aumento numerico, per la Guerra, di malattie mentali; c'è stato poi bensì l'aumento di date forme di malattie mentali: confusioni semplici ed allucinatorie, lipemanie, psicosi maniaco - depressive, psicosi neurasteniche ed istero - neurasteniche, demenza precoce, ecc.

Il fatto di essere quasi sempre unica la causa che provoca la malattia mentale, *l' Emozione*, giustifica l' uniformità dei quadri sintomatici tanto in soggetti che furono in zona di guerra od in zona di operazioni, quanto in quelli che non lo sono mai stati.

L' eccitazione, infine, che *l' Emozione* provoca sul simpatico, la cui conferma riposa sui varii sintomi *fisici* (tachicardia, tremore, sudurazione iper - reflettività, dermografismo, ecc.) e *psichici* (confusione mentale, amnesia, onirismo, depressione psichica ansiosa, impressionabilità ed irritabilità, ecc.), che costituiscono poi le varie psicosi e psiconeurosi traumatiche ed emotive riscontrate, mentre distacca questi stati psicosici dall' isteria, ci avvicina sempre più alla teoria somatica dell' emozione (Lugaro), attraverso i disturbi del ricambio da questa provocati (Tanzi).

Messina, 1923.

BIBLIOGRAFIE

P. Trisca — Les Médecins sociologues et Homme d'État — *Preface par M. Charles Richet — Librairie Felix Alcan. Paris. 1923.*

Un importante volumetto tra lo storico il medico e il sociologico è questo pubblicato dalla Libreria Felix Alcan, con una prefazione di Carlo Richet, essendone autore un medico rumeno Paolo Trisca.

Richet, nella prefazione, accenna subito allo scopo del libro: quello di mostrare la parte presa dai medici nella Sociologia e nell'Economia politica. Egli domanda: quale scopo ha oggi il medico? Nessuno. Che cosa dovrebbe essere? Tutto.

Trisca, dice Richet, cita molti nomi di uomini illustri, che hanno avuto una parte considerevole nella società e nella scienza: ma è legittimo trattarli da medici?, L'A. secondo Richet, esagera, perchè, ad s. Darwin è un naturalista, Locke un filosofo, Lombroso un alienista, Rabelais un poeta, e così di seguito. Ma hanno avuto l' impronta medica, dice Trisca, ed io aggiungo qualche cosa di più che la semplice impronta: lo studio della natura, il metodo dello studio stesso, basato sulla rigida osservazione dei fatti, la cultura medica stessa, che dà certamente un dato indirizzo al pensiero, differente da quello che può dare lo studio delle leggi o della letteratura. Conclude, il Richet, che medici o legislatori, o legislatori medici, essi dovranno tener sempre conto della più grande delle autorità, quella che ci domina tutti, quella senza la quale noi siamo impotenti, la scienza; e che tra il medico legislatore e il medico uomo di scienza, egli preferisce quest'ultimo. E probabilmente ha ragione.

Trisca in una breve introduzione accenna agli scopi del medico: come egli, per le sue condizioni di vita si trovi preparato e pronto allo studio dei problemi sociali. Il medico, scrive, è l'uomo che per il fatto stesso della sua professione è chiamato a penetrare in ogni mezzo e a tutto vedere. Lo stato economico di un paese, la psicologia delle diverse classi sociali, le malattie morali che usurano le energie, le malattie psichiche che distruggono i corpi, tutto questo il medico constata meglio che l'avvocato e il sacerdote, che hanno un campo di osservazione meno generale; meglio dell'amministratore che esamina da un punto di vista meno generale; meglio del demografo che ha delle cifre e dei raffronti sotto gli occhi, ma che non è in contatto diretto con la vita sociale stessa. Il medico diviene sociologo suo malgrado, anche quando non ha il tempo, nè l'aspirazione di studiare i problemi sociali in modo continuo e metodico.

Egli dà un accenno dei medici che nel paganesimo furono elevati al rango di dei e di eroi ed ebbero la direzione di popoli; di quelli del medio evo, ben pochi, perchè in quell' epoca la medicina, specie in occidente, ebbe una vera ecclissi, sicchè ben pochi furono i medici sociologi e le opere scritte dai medici al servizio dei principi.

L' epoca moderna, e specie la recente, è quella che ha dato, per opera di medici, un grande impulso e sviluppo alla Medicina sociale e all' Igiene sociale: ciò non ostante il TRISCA ha ragione quando lamenta la povertà del numero dei medici nelle assemblee legislative, anche in Francia, ma specie in Italia, la quale, proporzionalmente conta maggior numero di medici. Basta dire che la Camera italiana nel 1866 contava undici medici, e sette il Senato; e nel 1897 il numero dei medici alla Camera era appena ventitrè su 508 legislatori.

Io non starò a citare i nomi riportati dal TRISCA dei medici, che furono sociologi e uomini di stato nelle varie nazioni, ma a me sembra che dia piccola parte all' opera degl' Italiani, e di questa cita specialmente l' influenza nella Criminologia della scuola positiva di LOMBROSO, di FERRI e seguaci. Io non vedo notata o studiata l' opera politica di molti medici, accennata appena quella del BERTANI, e sì che il Parlamento italiano è stato onorato da grandi nomi di scienziati, che furono uomini politici, da quello del LANZA e del BACCELLI, a COLAJANNI, a PANTANO, a LEONARDO BIANCHI, a TAMASSIA, a SERGI, a TAMBURINI, a GOLGI, a FOÀ e a tanti altri, chiarissimi nelle dottrine mediche, e che tutti hanno contribuito a dare all' Italia una splendida legislazione sociale sanitaria.

Nelle sue conclusioni il TRISCA accenna all' educazione che deve avere il medico, educazione anche musicale e religiosa, per svolgere il suo programma di azione sociale ed arriva ad affermare: « che non solamente in tutte le cose dipendenti dalla salute pubblica, ma anche in tutte le altre dipendenti dalla salute morale, privata e pubblica, è il medico che dev'essere chiamato responsabile.

Il volumetto, in elegante veste tipografica, è degno, oltre che di lettura, di considerazione; e deve invogliare i medici ad occuparsi più di politica, facendo della Medicina sociale.

S. Tomasini

Henri Damaye — ELÈMENTS DE NEURO-PSYCHIATRIE — *A. Maloine e fils, editeurs, Paris. 1923.*

Utile compendio di psichiatria, in cui l'A. tratta la materia in quadri sintetici, brevi, chiarissimi e sufficienti, seguendo un metodo anatomo-clinico e terapeutico. Lo studio del malato di mente dev'essere inquadrato nell'esame dei fenomeni biologici che si svolgono nei tessuti e negli umori del malato medesimo. Dell'anatomia patologica l'A. utilizza quanto più può, a spiegazione dei quadri clinici. Dà largo posto alla terapia, spesso trascurata perfino nei trattati; si occupa infine della profilassi delle malattie mentali, partendo dal principio che la profilassi e l'igiene delle malattie mentali si confondono con la profilassi e l'igiene fisica; e conclude che al medico psichiatra spetta un compito importantissimo nel dominio della sociologia, ch'egli dimostra di sapere includere ed esplicare, quando fa causa comune coi confratelli di medicina generica.

C. Ventra

Vidoni G. — VALORE E LIMITE DELL'ENDOCRINOLOGIA NELLO STUDIO DEL DELINQUENTE — *Biblioteca Antropologica - giuridica. Serie I. Vol. XLIV. Fratelli Bocca. Torino 1923,*

L'importante serie della Biblioteca antropologica - giuridica si è arricchita di un interessante volume, che onora la produzione medica italiana: « Valore e limite dell'Endocrinologia nello studio del delinquente », che la multiforme attività scentifica del VIDONI, e quella editoriale dei Fratelli Bocca hanno dato alle stampe su un argomento di piena attualità e di grande interesse.

È preceduto da una prefazione del PENDE, l'esimio maestro della Endocrinologia, che illustra il concetto determinante del lavoro, una specie di sintesi che ne fissa i termini, ne pone i principii fondamentali, specialmente nella correlazione esistente tra i lati della personalità umana, il lato morfologico, il dinamico - umorale e quello neuropsicologico, e le di cui connessioni vengono stabilite dall'apparato neuroendocrino.

Il VIDONI, studiando le anomalie ormoniche nel determinismo del carattere del delinquente, ha messo in luce il fattore regolatore endocrino, il più importante forse nella costituzione somato - psichica dei criminali.

L'Endocrinologia ha contribuito grandemente allo studio della personalità umana, che, dal punto di vista della Criminologia, è uno degli elementi più importanti nello studio del delitto. In un capitolo interessante il V. tratta dell'attività ormonica e delle espressioni morfologiche da alterata funzione endocrina; esamina la complessa funzione degli ormoni (divisa in azione neuroregolatrice, azione chemio e morforegolatrice), in rapporto specialmente alle manifestazioni dei delinquenti e alla loro costituzione.

Conseguenza di questo studio è che le alterazioni delle glandule a secrezione interna possono avere un significato degenerogeno: é possibile, cioè, dimostrare i rapporti che esistono fra anomalie somatiche e tendenze psichiche, che possono portare o una psicopatia o far cadere nel delitto: sofferenze endocrine che assumono influenza decisiva quando agiscono nei primi stadi dello sviluppo dell'organismo o a traverso l'eredità.

Nel terzo capitolo l'A. studia le basi psichiche del carattere e la costituzione dei delinquenti. Egli dimostra con Clerici come il carattere normale sia la risultanza del funzionamento ordinato ed armonico di tutte le glandule endocrine: così, ad es., nei casi di prevalenza delle azioni della pituitaria si ha deviazione nella sfera dei sentimenti morali, e come risultante il carattere con tendenza ai delitti di violenza.

È naturale che, dato il tempo recente di propagazione di questi nuovi studi, che tanto hanno allargato l'orizzonte scientifico, specialmente nel campo neuropsichiatrico e antropologico, il Vidoni abbia fatto delle riserve nelle conclusioni in cui è arrivato.

Da quella più atavica, egli conclude l' importante lavoro, a quella più bancaria e politica (e pseudo politica), la delinquenza ha troppi aspetti per trovare spiegazioni in una sola origine; e dichiara che ha voluto specialmente richiamare l'attenzione sopra un particolare aspetto col quale va studiato il delinquente, e che, perfettamente consono col pensiero lombrosiano, ci illumina sui rapporti — ben significanti — che intercedono tra l'organismo del delinquente e il delitto.

S. Tomasini

G. Vidoni — Prostitute e prostituzione — *Casa Editrice «Problemi moderni» presso S. Lattes e C. Editori — Torino — Genova 1921.*

Interessante monografia, preceduta da una introduzione del prof. E. Morselli, in cui il chiarissimo Maestro mette nella sua vera luce il fenomeno della prostituzione, considerandolo, da Sociologo e con animo scevro da preconcetti moralistici, come un fatto che ha le sue

motivazioni nella stessa Natura e corrisponde, dal momento che esiste, ad una utilità, rappresentando come la valvola di sicurezza dell'onanismo, dell'omosessualità, e dell'adulterio.

Egli accetta la restrizione del nome di prostituta a colei che fa commercio del suo corpo contro una mercede, e distingue tre categorie di prostitute: 1. le prostitute volgari, che si danno a tutti; 2. le prostitute libere, che si scelgono il maschio; 3. le prostitute privilegiate, che si concedono a pochi o restano legate per tempo variabile al maschio, che le paga.

La prostituta in genere è una donna morfologicamente mal costrutta e dotata di basso potenziale psichico, e porta con sè la predisposizione alla prostituzione, Queste note di deficienza non sono facilmente rilevabili nelle prostitute d'alto rango, ed anche nelle prostitute di rango inferiore non contrastano al concetto di una etiogenesi sociale della prostituzione. La predisposizione esiste sempre, ed è quella che rappresenta nella donna la tendenza costituzionale a divenire donna - madre o donna - prostituta.

Il VIDONI, dopo aver assegnato la parte che spetta, circa l'aumento della prostituzione, alla guerra, ai rivolgimenti sociali in genere, alla moda licenziosa, all'urbanesimo, limita col MORSELLI il concetto di prostituzione al fenomeno della donna che si concede per guadagno, fenomeno ch'è sempre esistito in tutti i tempi e in tutti i luoghi. Passa in seguito a mettere in rilievo le note morfologiche degenerative e le anomalie funzionali, nonchè le condizioni psichiche della prostituta, così bene studiate dal LOMBROSO, la quale, in genere, è anche psichicamente un'anormale. Le prostitute presentano ancora caratteri di alterata funzione endocrina, che non si limitano solo alle glandole genitali, ma devono essere estesi ad altre glandole, sia per rapporti diretti con quelle sessuali, sia per lesioni che possono essere primitive. L'A. ha notato inoltre nelle prostitute alterazioni nel senso dell'olfatto e del gusto e della sensibilità obiettiva.

Fra le cause esterne che favoriscono la prostituzione, l'A. considera la miseria, l'abbandono della famiglia, le cattive compagnie, i cattivi esempi, e, principalmente, la perdita della verginità sia per un primo errore, sia per stupro. Queste cause occasionali agevolano le tendenze costituzionali alla prostituzione, che hanno radice in cause bio - psicologiche - degenerative, molto affini a quelle dei delinquenti. Certo, però le condizioni ambientali hanno una importanza non trascurabile nella genesi della prostituzione, e devono essere tenute presenti e ben vagliate, per una profilassi sociale di essa.

C. Ventra.

Cazzamalli F. — Tabe — *Rivista sperimentale di Freniatria. Vol. LXII. Fasc. I. 1923.*

La politica militante non ha impedito al giovane deputato prof. Cazzamalli di continuare l'opera sua scientifica, ed oggi ha reso pubblico un importante contributo clinico sulla Tabe, studio compiuto nella Clinica del prof. Mingazzini. Non è possibile riferire dettagliatamente i vari capitoli riferenti le odierne cognizioni sulla eziologia, sintomatologia, evoluzione, anatomia patologica; con questo studio l'A. , applicando i recenti metodi di indagine umorale e i dati statistici raccolti in Clinica, ha portato il suo contributo alla delimitazione e patogenesi della tabe. I vari capitoli sono compilati tenendo conto degli studi più recenti; però l'A. si è specialmente intrattenuto sulle ricerche del liquido cefalo - rachidiano.

Espone dettagliatamente quindici storie cliniche di tabetici, su cui aveva specialmente portato la sua attenzione. all'esame del liquido cefalo - rachidiano; ma, per quel che riguardo lo studio in generale, per le proprie conclusioni, porta una statistica di 275 casi di tabe degenti o visitati ambulatoriamente nella Clinica del prof. Mingazzini: come vedesi un importante contributo statistico.

Da questo studio egli trae le proprie conseguenze sulla delimitazione della tabe, sulla sua patogenesi, pervenendo alle seguenti conclusioni:

1) la tabe è malattia sifilogena non solo, ma sifilitica del S. N.; dovuta alla contaminazione. per la maggior parte dei casi, di una varietá morfobiologica della *spirochaeta pallida*, dotata di proprietà neurotrope originarie; e per gli altri mediante un virus dermoneurotropo. La *spirochaeta* (neurotropa) venne riscontrata nei cordoni posteriori e nelle radici posteriori del midollo (eccezionalmente nel sangue e nel liquor) di soggetti tabetici.

2) In confronto della forma classica di tabe, in evidente diminuzione, oggi appaiono più frequenti le forme fruste, regredite, oligosintomatiche, le quali devono essere inquadrate nella nosografia della forma morbosa, in quanto costituiscono la forma clinica attuale, con sintomatologia attenuata e variabilissima, che l'A. dice malattia sifilitica proteiforme del S. N. (tabe odierna);

3) le lesioni meningee sono scarse e circoscritte, mentre è interessato elettivamente e squisitamente il tessuto nervoso. Le ricerche sul liquido cefalo - rachidiano costituiscono una vera e propria biopsia con significato preciso di controllo anatomico;

4) la mastice reazione ha un grande valore per le neurosifilidi

in genere e per la tabe in specie: essa dimostra una alterazione parenchimale del tessuto nervoso (midollo - radicolare).

Per la diagnosi precoce l'A. stabilisce la seguente equazione:

Tabe = sintoma importante obiettivo X + M. B.

La tabe deve la gravità della distruzione del tessuto nervoso più che alla spirochetosi, all' influsso ininterrotto delle tossine luetiche sul tessuto nervoso; l'attività morbigena delle tossine è permanentemente mantenuta dalla vitalità delle *spirochaetae*;

5) l'attività patologica determinativa del processo tabetico appare collegata alla lesione di tutto il sistema linfatico posteriore del midollo.

Le ricerche umorali dimostrano la esistenza nella tabe di una condizione di irritazione meningeale, con effetto di permeabilità alle tossine, agli anticorpi, alle *spirochaetae* ed anche la prevalenza di un vero e proprio processo parenchimale tossinfettivo a carico del tessuto nervoso.

6) la terapia oggi tende al maggior successo con la tecnica endorachidea e con la soluzione di preparati spirocheticidi ed antitossici nel liquore riiniettato;

7) la sifilide, nella pluralità dei suoi *virus*, determina quella forma di neurosifilide che è la tabe, la quale, a sua volta per i dati sintomatologici, anatomo - patologici, si presenta quale malattia (con prevalente localizzazione midollo - radicolare posteriore) proteiforme del sistema nervoso.

S. Tomasini

NOTIZIE

Nel nostro Manicomio

Il Sig. Comm. Dott. Tafuri Giovanni, R. Commissario di questo Manicomio, alla fine di Giugno è stato richiamato dal Ministero. Egli ha dato ragione dei sette mesi della sua gestione straordinaria pubblicando una importante relazione, che sarà tenuta nel debito conto dai Consessi provinciali, che formano il Consorzio del Manicomio. Il suo periodo amministrativo va rilevato per la firma dello schema di transazione tra le Provincie consorziate e le Concessionarie del Manicomio, il quale dovrebbe por fine al lungo periodo delle controversie e a quello delle amministrazioni straordinarie.

All' Egregio Comm. Tafuri, che è già partito, e di cui resta sì grata memoria in questo Manicomio, il saluto cordiale di questo Giornale, che tanto apprezzò.

∴

A sostituire il Comm. Tafuri è venuto quale R. Commissario straordinario del Manicomio il Sig. Comm. Dott. Giulio Moscarella, Prefetto a disposizione.

Egli viene accompagnato da fama di uomo di alta mente, energico e fattivo: e noi, porgendogli doveroso il nostro saluto e l'espressione dei sentimenti di viva simpatia, ci auguriamo che lasci nel Manicomio larga orma dell'opera sua.

∴

A dirigere la Farmacia di questo Manicomio è stata chiamata la signorina Maria Clelia Tomasini, dottoressa in Chimica e Farmacia, laureatasi recentemente con l'ottimo dei punti nella R. Università di Napoli. La sua tesi di bromatologia sugli olii di squalus eseguita nell' Istituto di Chimica Farmaceutica e Tossicologica, è stata pubblicata nelle sue conclusioni originali.

Le porgiamo i più vivi rallegramenti.

∴

XVI. Congresso della Società Freniatrica Italiana

(Roma: 5 - 6 - 7 aprile 1923)

A Roma, nei giorni 5 - 6 - 7 aprile 1923, si svolse il XVI. Congresso della Società Freniatrica italiana, riuscito importante e per il numero degl'intervenuti, e per le relazioni presentate.

Le relazioni sono state:

I. Prof Dott. Gustavo Modena (Ancona): Nosografia e patogenesi delle Psiconeurosi.

II. Prof. Luigi Roncoroni (Parma): La patogenesi dell'epilessia così detta essenziale.

III. Prof Carlo Besta (Messina): Epilessia e ferite cerebrali da guerra.

IV. Prof. Dott. Giuseppe Montesano (Roma): Schizofrenie e Pseudoschizofrenie.

V. Prof. G. C. Ferrari (Bologna): Il trattamento dei delinquenti pazzi secondo il progetto di Codice penale.

I discorsi inaugurali furono tenuti dal Presidente della Società Prof. Enrico Morselli, che riassunse il lavoro svolto dalla Neuropatologia e Psichiatria italiana in questi ultimi cinquanta anni; e dal Presidente del Comitato ordinatore, Prof. Mingazzini, che riaffermò il legame indissolubile esistente tra clinica ed anatomia patologica come fondamento del progresso delle discipline mediche,

Alla fine dei lavori del Congresso fu fatta una visita al Manicomio di S. Onofrio, ove i congressisti furono accolti con entusiasmo dal Chiarissimo prof. Giannelli, dai Sanitari dell' Istituto e dai membri dell'Amministrazione.

A sede del futuro Congresso fu acclamata *Trieste*, facendo voto che coincidesse per tempo e per sede con quello di Neurologia.

I temi del futuro Congresso furono così fissati :

I. *Costituzione e personalità in Psichiatria*
(relatori: Kobylinsky e Vidoni di Genova)

II. *Anatomia patologica delle Frenastenie*

III. *Istituzioni paramanicomiali.*

I relatori dei suddetti temi debbono essere designati dalla Presidenza.

Il nuovo Consiglio dell'Associazione riuscì così composto: *Presidente onorario:* Leonardo Bianchi; *Presidente effettivo:* Morselli; *Vicepre-*

sidenti: Agostini. Guicciardi, Modena; *Consiglieri:* Cappelletti, Colella, Colucci. D'Ormea, Giannelli, Roncoroni: *Segretario*: Kobylinsky; *Tesoriere:* Algeri.

Il discorso di chiusura del Congresso fu tenuto dal Prof. Sante De Sanctis: a cui seguirono parole di congedo e di augurio del Prof. Morselli.

. .
.

Del nostro Manicomio parteciparono al Congresso gli egregi Colleghi: Prof. dott. Marco Levi - Bianchini, dott. Raffaele Vitolo, dott. Carmelo Ventra.

. .
.

Alcune comunicazioni sui problemi di indole sociale, come il problema dell'assistenza e dell' isolamento dei tubercolotici nei Manicomi, e quello sui criminali, hanno fatto approvare alcuni ordini del giorno, che per il loro interesse sociale qui sotto riportiamo:

Ordini del giorno

approvati dal XVI Congresso della Soc. Freniatrica italiana

Il prof. Alberti ha parlato sull'*isolamento e cura dei tubercolosi nei Manicomi* rendendo noti i dati statistici di una sua inchiesta, dati che dimostrano come questo grave problema sia nella grande maggioranza dei Manicomi italiani ancora insoluto. Il Congresso ha approvato in proposito il seguente ordine del giorno presentato da Alberti, Foscarini e Kobjlinsky:

« Il Congresso fa voti perchè il problema dell'Assistenza ed isolamento dei tubercolosi nei Manicomi Italiani venga, con l'aiuto anche delle Associazioni per la profilassi contro la tubercolosi, valutato nella sua giusta importanza e risolto come la umanità e la scienza esigono ».

. .
.

La relazione del prof. Ferrari sul « Trattamento dei delinquenti pazzi secondo il progetto del Codice Penale » ha dato luogo alla presentazione del seguente ordine del giorno presentato dal ten. col. Consiglio ed approvato dal Congresso:

« Il XVI. Congresso Italiano di Freniatria in Roma, sentita con molto interesse la relazione del prof G. C. Ferrari sugli alienati criminali plaude vivamente all'opera della Commissione Reale per i concetti che hanno inspirato la formazione del nuovo progetto di Codice penale, concetti derivati dalle dottrine essenzialmente italiane di Antropologia e di Sociologia Criminale che ebbero il geniale Creatore in Cesare Lombroso, si augura che presto si possa fare un esperimento di vera Clinica criminale, attuando — in prova — alcune delle nuove disposizioni da detta Commissione proposte per la difesa sociale contro il delinquente;

fa voti che, per ciò che riguarda i criminali presunti alienati, siano istituiti presso le carceri principali — per provincia o per regioni — dei reparti di osservazione neuropsichiatrica, ai quali confluiscano coloro per i quali una prima indagine presso le carceri mandamentali non valse ad accertarne la realtà di una sindrome psicopatica, e che in detti reparti — organizzati e diretti da psichiatri competenti — abbiano ad avere diritto di accesso e di esami i periti alienisti richiesti dalle famiglie degl'imputati;

Ed infine invoca dallo Stato provvidenze molteplici che — accanto al Codice di difesa dal delinquente — permettano di fare un'attiva, razionale e larga opera di profilassi contro la delinquenza, sopratutto dei minorenni, essenzialmente sulla base di una positiva biofilassi (lotta contro la tubercolosi, la sifilide, l'alcoolismo, la prostituzione, difesa igienica del matrimonio, tutela morale e materiale dell'infanzia abbandonata, ecc.) ».

* * *

Il prof. Agostini ha svolto una comunicazione sul « *Trattamento degli alienati inguaribili nei rapporti di una maggiore economia dei Bilanci provinciali* », ed ha presentato il seguente ordine del giorno che è approvato:

« Il Congresso fa voti perchè in tutti i Manicomi venga esteso il più largamente possibile l'assistenza paramanicomiale e sieno istituiti reparti appositi per gli alienati cronici, tranquilli, inutilizzabili al lavoro, con quel sufficiente trattamento dietetico e di custodia che permetterà una sensibile economia per i bilanci provinciali. »

* * *

Un altro ordine del giorno approvato è stato presentato dal prof. Amaldi:

« La Società Freniatrica Italiana, consentanea al suo glorioso passato e a quei principii che, traendo ispirazione dalle finalità di progres-

so e di elevamento della Psichiatria, hanno guidata e informata tutta la elaborazione della legislazione sui Manicomi d' Italia;

nella imminenza appunto di una riforma della legge sui Manicomi;

esprime altamente e fortemente il voto che sia garantita da ogni opportuna norma legislativa, contro le invadenze amministrative, la indiscutibile preminenza che è da riconoscersi alla autorità tecnica direttiva dell' alienista nelle organizzazioni ospitaliere per alienati di mente. »

L'ultima lezione del Prof. Bianchi

Il 14 giugno u. s. l' insigne Maestro dell'Ateneo di Napoli, Leonardo Bianchi, nell'anfiteatro del Policlinico ha fatto l'ultima sua lezione agli allievi, la lezione di addio; perchè costretto al riposo apparente dalla legge sui limiti di età.

Gli allievi, molti, i suoi ammiratori, moltissimi, hanno tributato al Maestro onoranze solenni, porgendogli il saluto entusiastico sì, ma dolente e commosso.

Chi sa e conosce gli alti sentimenti che ha sempre manifestato Leonardo Bianchi, a parte l'alta cultura, l'altissimo valore scientifico, può comprendere il dolore del distacco dalla cattedra, che per 40 anni illustrò, la commozione dell'addio: ma le onoranze testimoniarono anche, oltre il valore che sorpassò i confini della Patria, anche il compianto della gioventù di oggi, e quello dei discepoli di ieri.

E Leonardo Bianchi, commosso al più alto grado dalla grande manifestazione di simpatia, di affetto, fece l'ultima sua lezione con gli occhi lagrimanti, e con la commozione manifesta nell'animo di tutti; e parlò, come sa parlare Lui, della *Vecchiaia*. Egli che, all'età del riposo, ha ancora mente fervida e animo giovane, parlò dei vecchi scienziati, di vecchi uomini politici, di vecchi artisti che conservarono in modo meraviglioso nella vecchiaia le loro facoltà mentali, la loro attività psichica.

All'ultima manifestazione di affetto, alla fine della conferenza tra gli scroscianti applausi, Leonardo Bianchi così dice:

« Nella vecchiezza porterò perennemente il ricordo della manifestazione di oggi. La mia anima resta qui, giovani studenti, vincolata a voi, e se concepirò un'opera, essa, siatene pur certi, sarà a voi dedicata ».

E con queste parole tanto nobili e così commoventi si è stabilito un nuovo legame psichico futuro fra il Maestro e i discepoli.

Con l'animo affettuosamente riconoscente, a nome del giornale « Il Manicomio » non solo, ma anche a nome mio personale, io che l'ebbi Maestro nell'aula dell'Università di Palermo, e di cui ebbi l'onore di essere assistente in quella di Napoli, per cui potei molto da vicino ap-

prezzare le doti della mente altissima, e quelle del cuore nobilissimo. porgo qui l'espressione del devoto omaggio, a Lui, che tanta orma di sè lascia nella storia della Psichiatria italiana non solo, ma in quella della Medicina sociale e della Politica.

s. l.

⁂

Il Prof. D'Abundo a Napoli

A sostitutuire il Prof Leonardo Bianchi nella Cattedra di Psichiatria e Neuropatologia, la Facoltà medica della R. Università di Napoli, ha chiamato il Prf. G D'Abundo, l'illustre direttore della Clinica delle malette nervose e mentali nella R. Università di Catania.

Chi scrive ne conosce ed ammira da tempo l'alto valore scientifico e le doti dell'animo. e porge, a nome di questo Giornale « Il Manicomio » le più vive felicitazioni.

s. l.

Una libera docenza

L'on. deputato Cazzamalli dott. Ferdinando ha conseguito, nella R. Università di Catania, la libera docenza in Clinica Neuropsichiatrica.

Congratulazioni vivissime all'on. neo - professore.

⁂

La legge sui Manicomi e sugli Alienati

Il Consiglio direttivo dell'Àssociazione dei Medici di Manicomi, rompendo la riserva che si era proposta, ha pubblicato il progetto di legge sui Manicomi e sugli alienati, presentato dalla Commissione all'uopo nominata e oggi trovasi per l'esame al Ministero dell'Interno.

Il progetto è preceduto da un'ampia ed importante relazione, in cui si dimostra dapprima la necessità della riforma, si esaminano, a seconda i criteri dell'odierna Psichiatria, le funzioni che dovrebbero avere i Manicomi e propone quindi le modificazioni all'organizzazione della

presente assistenza psichiatrica; fa delle proposte sulla funzione del servizio sanitario e sulla gerarchia dei medici, sopprime le gestioni private, abolisce le Commissioni di vigilanza sostituendo un Ispettorato psichiatrico centrale, dà le norme per i regolamenti speciali.

Pubblichiamo questo

Nuovo Schema di Legge sui Manicomi e sugli Alienati

Art. 1.

Nei manicomi sono curati i malati affetti per qualunque causa da alienazione mentale. Vi debbono essere ricoverati, curati e custoditi gli alienati che non siano e non possano essere convenientemente curati e custoditi fuorchè nei manicomi, specialmente se risultino pericolosi a sè ed agli altri ovvero riescano di pubblico scandalo.

Sono compresi sotto la denominazione di Manicomi, agli effetti della presente legge, tutti quegl' Istituti, comunque denominati, nei quali vengono ricoverati alienati di qualunque genere.

Art. 2.

L'assistenza e cura degli alienati poveri di ciascuna provincia deve effettuarsi di regola in un manicomio od ospedale psichiatrico pubblico che abbia sede nella provincia stessa, specialmente per gl'infermi affetti da forme acute.

Solo eccezionalmente può provvedersi mediante convenzione con manicomi pubblici situati in altre provincie.

Gli alienati cronici innocui, i quali abbiano bisogno di ricovero e di custodia debbono essere ricoverati in asili pubblici speciali per cronici o in reparti speciali dei manicomi, ovvero assistiti a mezzo di colonie agricole e di case di lavoro autonome, ovvero collocati in assistenza omo - ed etero - famigliare.

Speciali istituti, per ogni Provincia o consorziali possono essere istituiti anche per l'assistenza e la custodia degli alcoolisti, dei criminali alienati e dei frenastenici.

Può essere consentita la cura di un alienato in una casa privata, e, in tal caso, la persona che lo riceve e il medico che lo cura assumono tutti gli obblighi imposti dalla presente Legge e dal Regolamento.

Art. 3.

L'ammissione degli alienati nei Manicomi deve essere chiesta dai parenti, tutori o protutori e può esserlo da chiunque altro nell'interesse degl'infermi e della Società.

L'ammissione è autorizzata, in via provvisoria, dal pretore sulla presentazione di un certificato medico redatto in conformità delle norme stabilite dal regolamento, ed in via definitiva dal Tribunale in Camera di Consiglio, sulla istanza del pubblico Ministero, in base ad una relazione del Direttore del Manicomio, su proposta del Medico primario o di sezione curante, o in ogni caso sentito il parere di lui, e dopo un periodo di osservazione che non potrà eccedere in complesso un mese.

L'Autorità locale di P. S. può, in caso d'urgenza, ordinare il ricovero in via provvisoria, in base a certificato medico ma è obbligata a riferirne entro tre giorni al Procuratore del Re, trasmettendogli il cennato documento.

Tanto il pretore, quanto l'Autorità di P. S. nei casi suindicati, debbono provvedere alla custodia provvisoria dei beni dell'alienato.

Se un infermo maggiorenne chieda spontaneamente di essere ammesso in manicomio, il Direttore, riconosciuta la necessità del ricovero, può riceverlo provvisoriamente sotto la sua responsabilità, dandone motivato avviso entro 24 ore al Procuratore del Re, salvo a riferirgli, dopo il periodo di osservazione, a termini del comma 2 del presente articolo, per i provvedimenti definitivi del Tribunale, come nei casi ordinari.

Ogni manicomio dovrà avere un locale distinto e separato per accogliere i ricoverati in via provvisoria.

Con la stessa deliberazione dell'ammissione definitiva il Tribunale, ove ne sia il caso, nomina un amministratore provvisorio che abbia la rappresentanza legale degli alienati, secondo le norme dell'art. 330 del codice civile, sino a che l'Autorità giudiziaria abbia pronunciato sull'interdizione.

È loro applicabile l'art. 2120 del codice civile.

La cura in una casa privata è autorizzata dal Tribunale, sulla richiesta del Procuratore del Re; tale autorizzazione può darc, sotto la sua responsabilità, anche il Direttore di un manicomio, ma deve darne immediatamente notizia al Procuratore del Re e all'Autorità di P. S.

Il Procuratore del Re deve proporre al Tribunale per ciascun alienato, di cui sia autorizzata l'ammissione in un manicomio o la cura in una casa privata, i provvedimenti che convenisse adottare in conformità delle disposizioni contenute nel titolo X, libro I, del codice civile.

Art. 4.

Il Direttore del manicomio su proposta del medico primario o di sezione curante e, in ogni caso, sentito il parere di quest'ultimo, dimette dal manicomio l'alienato guarito richiedendo al Presidente del Tribunale il decreto di licenziamento definitivo.

Ugualmente il Direttore del Manicomio può consegnare alla famiglia, in via di prova, l'alienato che abbia raggiunto un notevole grado di miglioramento, dandone immediatamente comunicazione al Procuratore del Re e all'Autorità di P. S.

Il licenziamento di un malato dal Manicomio può essere richiesto al Presidente del Tribunale anche dalle persone menzionate nel primo comma dell'articolo precedente o dalla Deputazione provinciale e in questi casi dovrà essere sentito il Direttore.

Su reclamo degl'interessati il Presidente potrà ordinare una perizia.

In ogni caso contro il decreto del presidente è ammesso il reclamo al Tribunale.

Art. 5.

Il personale sanitario effettivo dei manicomi è costituito dal Direttore e dai medici primari o di sezione, i quali insieme formano il Consiglio Sanitario dell'Istituto, che, presieduto dal Direttore, avrà le funzioni che saranno stabilite dal regolamento speciale di cui all'art. 8.

Art. 6.

Il Direttore ha nel servizio interno sanitario piena autorità di indirizzo, di controllo, di stimolo, di coordinazione; su quello economico spettante all'amministrazione dell'Istituto, l'alta sorveglianza per tutto ciò che concerne il trattamento dei malati, ed è responsabile dell'andamento del Manicomio e della esecuzione della presente legge nei limiti delle sue attribuzioni.

Esercita pure il potere disciplinare nei limiti stabiliti dal regolamento speciale di cui all'art. 8.

Alle sedute della Deputazione provinciale e delle Commissioni e Consigli amministrativi, nelle quali debbansi trattare materie tecnico - sanitarie relative all'assistenza manicomiale, il Direttore del Manicomio deve essere invitato ad intervenire ed avrà voto consultivo.

Art. 7.

I Medici primari o di sezione sono preposti al funzionamento di un reparto ed hanno la responsabilità della cura dei malati a loro affidati, la vigilanza e la responsabilità del servizio tecnico e dell'andamento disciplinare dei reparti rispettivi.

Art. 8.

Ciascun manicomio avrà un regolamento speciale che dovrà contenere le disposizioni necessarie per assicurare il funzionamento dell'istituto sia dal lato tecnico sanitario, sia dal lato amministrativo.

Oltre al regolamento speciale ciascun manicomio dovrà avere un regolamento organico nel quale sarà determinato il trattamento giuridico ed economico di tutto il personale.

Il regolamento speciale sarà deliberato, sentito il direttore del manicomio, dall'Amministrazione provinciale o dalla Commissione amministrativa, se trattasi di Opera pia, e sarà approvato dal Ministero dell'Interno sentito, per la parte tecnico - sanitaria, il Consiglio Superiore di Sanità, o la Giunta del Consiglio stesso.

Il regolamento organico sarà deliberato dall'Amministrazione provinciale o dalla Commissione amministrativa, se trattasi di Opera pia, e sarà approvato nei modi stabiliti dalla legge comunale e provinciale o da quelli sulle istituzioni pubbliche di beneficenza, secondo che si tratti di stabilimenti provinciali anche consorziali o di opere pie.

Art. 9.

Nulla è innovato alle disposizioni vigenti circa l'obbligo delle provincie di provvedere alle spese pel mantenimento degli alienati poveri.

La spesa pel trasporto di questi al manicomio è a carico dei comuni nei quali essi si trovano nel momento in cui l'alienazione mentale viene constatata; quella per ricondurli in patria è a carico della provincia a cui incombeva l'obbligo del mantenimento; quella pel trasferimento da un manicomio all'altro è a carico della provincia che l'ha ordinato.

Le spese di qualunque genere per gli alienati esteri sono a carico dello Stato, salvo gli effetti delle relative convenzioni internazionali.

Le spese per gli alienati condannati o giudicabili, ricoverati sia in manicomi giudiziari, sia in sezioni speciali di quelli comuni, sono a carico dello Stato, pei condannati fino al termine di espiazione della pena e pei giudicabili fino al giorno in cui l'autorità giudiziaria dichiari non farsi luogo a procedimento a carico di essi.

Negli altri casi, compreso quello contemplato dall'art. 46 del codice penale, la competenza della spesa è regolata dalle norme comuni.

Art. 10.

Le controversie relative alle spese per gli alienati nelle quali siano interessati lo Stato, o più provincie, o comuni o istituzioni di pubblica beneficenza che abbiano obbligo del mantenimento degli alienati, appartenenti a provincie diverse, sono di competenza della IV sezione del Consiglio di Stato.

Tutte le altre controversie di tal natura sono di competenza della giunta provinciale amministrativa in sede contenziosa.

Contro le decisioni della Giunta Provinciale amministrativa è ammesso solo il ricorso alla V sezione, ai termini dell'art. 23 T. U. della legge sul Consiglio di Stato, approvato con R. D. 17 agosto 1907, n. 638.

Art. 11.

La vigilanza sui manicomi pubblici e privati, su tutti gli istituti che accolgono alienati nonchè sugli alienati tenuti presso le famiglie è affidata al Ministero dll' Interno ed ai Prefetti.

Essa è esercitata a mezzo di due ispettori che abbiano speciale competenza psichiatrica e di assistenza manicomiale coadiuvati per ciascuna provincia dal medico provinciale e dal Consiglio di Pre-

fettura addetto al servizio dei Comuni e delle Provincie o delle Opere Pie, a seconda della natura degli istituti.

Gl'Ispettori centrali in via ordinaria ispezioneranno tutti gli Istituti che ricovereranno alienati almeno una volta l'anno.

E' applicabile ai manicomi pubblici e privati la disposizione dell'art. 35 della Legge 22 dicembre 1888 sulla tutela dell'Igiene e sanità pubblica.

Le spese per le ispezioni ordinarie e straordinarie saranno rimborsate dalle amministrazioni interessate, secondo le norme fissate dal regolamento, nel caso che siano constatate trasgressioni delle disposizioni contenute nella presente legge e nel regolamento.

Alle dette amministrazioni è fatto salvo il regresso contro gli amministratori e gli impiegati responsabili delle trasgressioni.

Le controversie relative alla competenza di tali spese sono decise, nel merito, dalla V Sezione del Consiglio di Stato, in Camera di consiglio.

Art. 12.

Il ministro dell' Interno, sentita l' Amministrazione interessata, potrà rendere obbligatoria nei manicomi pubblici l' esecuzione di quei lavori e l' acquisto di quegli arredi che fossero giudicati strettamente necessari al regolare servizio ed all' igiene.

Uguale obbligo potrà imporsi ai proprietari di Istituti privati che accolgono alienati a pagamento, salvo ad ordinare la chiusura in caso di rifiuto.

Art. 13.

Nel caso di gravi trasgressioni della presente legge e del relativo regolamento il Prefetto, senza pregiudizio delle sanzioni penali che fossero applicabili, può, sentito il consiglio provinciale di Sanità, al quale, per l'oggetto, è aggregato un medico alienista, sospendere o revocare l'autorizzazione di apertura di esercizio degl'istituti privati che accolgono alienati a pagamento.

Contro tale provvedimento è ammesso il ricorso al ministero dell'Interno, il quale provvede, sentito il Consiglio di Stato o il Consiglio Superiore di Sanità, a seconda dell' indole della controversia.

Pei manicomi pubblici si provvede in conformità della legge che regola l'ente, al quale apparterranno.

Art. 14.

Le disposizioni degli articoli 98 della legge 17 luglio 1890 n. 6972, e 124 del regolamento amministrativo 6 Febbraio 1891 N. 99. sono applicabili a tutti i manicomi pubblici e privati.

Art. 15.

Dal giorno dell'attuazione della presente legge è abrogata ogni contraria disposizione generale o speciale vigente in materia.

È data facoltà al Governo del Re di determinare col regolamento, sentito il Consiglio di Stato e il Consiglio Superiore di sanità, la norme per l'esecuzione della presente legge e le penalità per le contravvenzioni alla legge e al regolamento medesimo. Tali penalità non potranno estendersi oltre le mille lire, senza pregiudizio delle pene maggiori sancite dal codice penale pei reati da esso previsti.

Prof. MICHELE PIETRAVALLE

Intelligenza robusta ed assimilatrice; mente versatile: carattere energico e fattivo; animo buono; spirito sagace e lottatore; volontà indomita: ecco in sintesi il profilo della personalità psichica di **Michele Pietravalle.**

Con questo indiscusso sostrato di qualità positive il **Pietravalle** iniziò e percorse la vita di studioso e professionista, raggiungendo, nell'agone scientifico e pratico, posizioni elevate come medico igienista, come docente d'igiene all'università, come medico provinciale in importanti città del regno, ed infine come Direttore degli Ospedali Riuniti di Napoli.

Ma, per la multiforme attività ed esuberanza del suo spirito, sembravano a lui ristretti e rigidi i soli orizzonti della cultura e della pratica professionale; si lanciò pertanto nel seducente e vasto, ma spesso infido, campo della politica e della pubblica amministrazione. Ed anche qui ha saputo spingersi in alto: Deputato; Presidente del maggior Consesso del suo Molise; fino a raggiungere l'ambito onore di Vice Presidente della Camera Italiana.

Le manifestazioni della vita di lotta intensa ed operosa di questi uomini eletti sono poliedriche, e, di fronte agli sprazzi di luce radiosa, offrono agli apprezzamenti ed all'ammirazione sociale, pieghe ed ombre necessarie per dare alle prime maggior risalto. A me importa rilevare, che questo vecchio giornale di Psichiatria, organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II, soppresso per le inesorabili esigenze del periodo bellico, deve segnare albo lapillo nelle sue severe pagine il nome di **Michele Pietravalle,** alla cui iniziativa generosa deve i mezzi per la sua insperata resurrezione.

Il Manicomio Interprovinciale, del cui Consiglio Amministrativo Egli è stato per oltre trent'anni membro stimato ed autore-

vole, serberà reverente e grato ricordo nello svolgersi della sua istoria.

La più importante, e tanto discussa missione, compiuta in Manicomio dal **Pietravalle** è la straordinaria gestione di Regio Commissario esercitata per circa due anni.

A parte ed al di sopra di quanto su tale gestione si è detto e scritto, a me, suo amico e collaboratore, spetta giudicare l'opera sua dal punto di vista tecnico sanitario. E fu opera santa e meritoria. Egli ha sospinto il tanto calunniato Istituto verso la sua rinascita ed il suo normale assestamento.

E mi si conceda che io qui, con l'anima dolorante, tributi alla Sua venerata memoria la perenne riconoscenza dei poveri folli, per i quali egli, senza scrupoli nè pastoie burocratiche, ha migliorato l'alimento, ha arricchito il guardaroba, ha curato senza risparmii l'igiene e la più rispondente ubicazione degli ambienti, ha favorito l'impianto di completi laboratorii scientifici. Mi si conceda che io esprima l'imperitura gratitudine del personale tutto, di cui ha sistemato la posizione economica ed elevato il livello morale.

L'assassinio raccapricciante, di cui fu vittima **Michele Pietravalle,** mentre ha lasciato l'animo di tutti, amici ed avversarii, nella sorpresa assillante e nel giusto rimpianto; ricinge la eletta figura dell'uomo utile e fattivo, con l'aureola del martirio.

D. Ventra

AVVERTENZA IMPORTANTE

Per il cambio con questo Giornale

Di molte Riviste, atti di Accademie e Società scientifiche, non si è ricevuto il cambio: una delle ragioni del mancato recapito, quando il cambio è stato gentilmente accolto, è l' indirizzo sbagliato.

Difatti, si è dovuto constatare che si mandano libri, opuscoli e giornali con il vecchio indirizzo, *Nocera Superiore*, dove vi è una Casa di salute privata, completamente indipendente e separata dal nostro Manicomio, che trovasi in *Nocera Inferiore*.

Si prega quindi coloro che involontariamente sono in errore. (*e ciò anche per giustificare le mancate recensioni e bibliografie*), a voler rettificare l' indirizzo, il quale esattamente è:

Redazione di « IL MANICOMIO »

Giornale di Psichiatria e Scienze affini

(Prov. Salerno) **Nocera Inferiore**

Anno XXXVI 1923 N. 2 - 3

IL MANICOMIO

GIORNALE DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II

DIRETTO DAL

Prof. Domenico Ventra

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

E REDATTO

DAI MEDICI DEL MANICOMIO

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

1923

"**IL MANICOMIO**" **Giornale di Psichiatria e Scienze affini,** esce ogni quadrimestre, formando a fin d'anno un volume di 300 pagine. Pubblica lavori originali, riviste sintetiche, bibliografie, recensioni.

Gli autori di memorie originali riceveranno 50 estratti con copertina.

Dei libri mandati in dono, anche dalle Case editrici, si farà un sunto bibliografico.

ABBONAMENTO ANNUO

per l'Italia e Colonie **L. 30,** un fasc. separato **L. 10,**
« l'Estero . . . » **50,** » » » **» 20.**

Per tutto quanto riguarda il Giornale, anche per le inserzioni a pagamento, rivolgersi alla **Redazione di «Il Manicomio»**
Nocera Inferiore (Salerno)

SOMMARIO DEI N. 2-3

Lavori Originali:

Bibliografia:

Recensioni:

IL MANICOMIO

GIORNALE DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II

DIRETTO DAL

Prof. Domenico Ventra

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

Anno XXXVI — 1923

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

1923

MANICOMIO PROVINCIALE DELL'AQUILA

La idea di "costituzione" nella Psichiatria clinica

del Dr. Prof. FRANCESCO DEL GRECO

I.

E' mio proposito richiamare l'attenzione dei Medici alienisti sull'*indirizzo*, che, in Clinica generica ed in quella psichiatrica, si è grandemente accentuato, nei paesi di lingua tedesca, durante questi ultimi tempi — Fu notevolissimo e cospicuo, lungo il progressivo incremento della Medicina mentale francese; quantunque le indagini psicologico-analitiche, talvolta, sembrassero covrirlo in parte — Lo si osserva, ancora, da noi, per la Clinica in genere; mercè l'opera assidua, e non di rado geniale, del VIOLA, del PENDE, seguaci di ACHILLE DI GIOVANNI, fondatore della Scuola di Padova. Alludo al così detto *indirizzo organicista*, al rinnovellato « ippocratismo » nella pratica medica..

Fra la *malattia* e le *condizioni* etiologiche e patogenetiche, generatrici di essa; vi è di mezzo l'*individuo*. La malattia è *espressione individuale*, disequilibrio individuale; poichè qualsiasi disordine morboso in questo o quell'organo od apparato o funzionamento, ha risonanze, complicazioni, correlazioni nel *tutto* della economia dell'individuo.

---

(1) Comunicazione al XVI. Congresso della Società Freniatrica Italiana — Roma, Aprile, 1923.

In una Nota, a questo medesimo Congresso, nel 1907 (1), considerando la sintesi psichiatrico - clinica di EMILIO KRAEPELIN dal punto di vista della Storia della Medicina; dicevo:
« La sintesi di EMILIO KRAEPELIN, in quanto aggruppa i più diversi sintomi, subordinandoli al *criterio prognostico;* fa opera giovevolissima, *veramente clinica.* Egli ripete, così, la Scuola Empirica dell'antica Medicina ».

Tuttavia aggiungevo, che su quella fase, a quel modo, non era possibile arrestarsi — Con il progredire delle indagini, si sarebbe imposta la questione della *gerarchia dei sintomi*, degli *inizii di ogni sintoma*, nelle modalità, nelle costellazioni degli altri fenomeni (subcoscienti ed organici) individuali.

E si sarebbe imposta, necessariamente, la ricerca dei lati sani, dei *compensi fisio - psicologici* della totalità inferma.

La Clinica — studio di individui — non può prescindere dalla indagine del *morboso in una con* quello *che vi è di sano o normale* in un soggetto. Il soggetto, l'individuo, di cui la malattia è espressione, appare come alcunchè di *completo, intero:* se ha lati, difettivi, in disordine; altri ne ha, che tendono a reintegrare il tutto. La *sindrome*, isolata, tutta morbosa, di una psicopatia, è un « astratto », divelto dalla pienezza di tante caratteristiche individuali.

Dappresso alla ordinaria Clinica — storia di aspetti patologico - individuali — è necessario sorga una Antropologia ed una Psicologia di Tipi umani medii o pressochè normali — Nè maraviglia (ora aggiungo), se la conoscenza del morboso vada innanzi, in Psichiatria, a quella del normale: l'istesso si è verificato, per la conoscenza di tante funzioni organiche, nella Greca Medicina.

In quella Nota lasciavo dunque intendere, non lontano lo indirizzo, ora detto *organicista*, e che, al presente, impera.

Era inevitabile. Dentro l'Empirismo non si può indugiare (ripeto). Del tutto rispondente al problema della Medicina, è l' *Ippocratismo*, il quale ha, come idea, centrale, massima, la intuizione della « individualità », piena, intera (2).

Ed, infatti, una recente edizione della classica opera dell'illustre KRAEPELIN si muove per questa via. Il KRETSCHMER (un pò

(1) *La sintesi clinica di Emilio Kraepelin dal punto di vista della Storia della Medicina* (XIII. Congresso della Società Freniatrica Italiana, Venezia, 1907) — dall'Archivio di Psichiatria « Il Manicomio », Nocera, 1907.

(2) Vedi il mio libro: *Aperçu critique sur l'Histoire de la Médicine Mentale* — nel Traité Intern. de Psychologie pathologique — Alcan éd. — Tomo I.

diversamente il BLEULER) dai tipi — *ciclotimico* e *schizofrenico*, derivati della Scuola di Monaco — ha raggiunto, per attenuazioni morbose progressive, i *temperamenti*, normali o di predisposizione, *cicloide* (come egli dice) e *schizoide* — Il nostro PENDE avvicina queste figure psicologico-individuali ai tipi della Scuola di Padova, ricchi di nozioni importantissime di Antropometria, di Fisiologia individuale e di Endocrinologia (1).

II.

Trent'anni addietro, anch'io, poveramente, mi sono cimentato, nella Psicologia morbosa, lungo questo indirizzo (2).

E, poscia v'insistei alcun poco, avendo in animo di dirigere le conoscenze psichiatriche alla instaurazione della *Caratterologia* umana.

In una monografia del 1898 (3) distaccai sotto le *psicosi affettive* di allora (la presente frenosi maniaco-depressiva) la coppia dei *temperamenti*, *sanguigno* e *nervoso*, ripensati da GUGLIELMO WUNDT e da ALFREDO FOUILLÉE. Supposi i temperamenti in parola, « correlativi normali » di quelle psicopatie — Idea non mia del tutto: mi venne suggerita dal libro dell'immortale ESQUIROL — E, sotto quel complesso di forme e disordini, ebefrenici, confusionali, psicastenici, che il KRAEPELIN riassunse nel quadro molteplice della *Demenza precoce;* vi intravvidi (quale correlativo normale) il così detto *temperamento linfatico, apatico od eretistico* — La paranoia la considerai, come tipica degenerazione o disordine del « Carattere ».

Ma non è compito mio indugiare su questi remoti tentativi; nè sull'analisi che feci delle sindromi psicopatiche, dal punto di vista della *razza* (4), del *sesso* (5), della *età* (6).

---

(1) N. PENDE — Le *debolezze di costituzione* — Collezione Bardi di « Attualità Mediche » — Roma 1922.

(2) Il *Temperamento epilettico* — « Manicomio » — 1893.

(3) *Temperamento e Carattere nelle indagini psichiatriche e di Antropologia Criminale* — Estr. dal « Manicomio » Nocera, 1898.

(4) *Su alcuni caratteri delle forme psicopatiche nel Mezzogiorno d'Italia* — Annali di Nevrologia — Napoli, 1895.

Elemento etnico e Psicopatie negli Italiani del Mezzogiorno — Atti della Società Romana di Antropologia, 1895.

(5) *L'Individualità somato-psichica della Donna e le sue Frenopatie* — Estr. dal Manicomio » 1901.

(6) *Sull'unità fondamentale dei processi psicopatici* — « Manicomio » 1902.

Razza, sesso, età, sono *grandi modificatori bio - psicologici dell' individuo*: di necessità informano le « sindromi ». Ne svelano l' intima genesi; quali aggravamenti, sviluppi o deviazioni parziali, di caratteristiche originarie dell' individuo.

Nell' ora presente i risultati cospicui di Morfologia umana della Scuola di Padova, la Endocrinologia e la nuova Fisiologia che si va delineando, la Psicologia individuale che dagli studii intorno al « subcosciente » trae preziosi contributi; questo enorme complesso di fatti e di idee, invita clinici insigni all'ardua opera della costruzione di *tipi d' individuo*, « normali » e di « predisposizione », digradanti verso il « morboso ».

Nella Psichiatria ciò è importantissimo. Se malattie numerose hanno un ciclo, un decorso a sè, in qualche modo *distinto* dal *ciclo antropologico individuale;* le vesanie, le massime psicosi si *connaturano nelle vicende* e nelle crisi organiche dell' individuo. La storia delle massime psicosi *coincide con quella* dell'individuo, è (pur troppo) la vita dell'individuo. Dalle *psicosi - malattie* si va alle *degenerazioni;* le quali, anzichè, come *sviluppi*, si presentano, come *stati anomali:* e quindi sono alcunchè di ancora più fisso, d' interamente compenetrato nel soggetto (1).

Da ciò la grande importanza dello studio bio - psicologico individuale nella Psichiatria. Gli organicisti (siccome li designa il PENDE) tentano, omai, di instaurarne la Scienza.

III.

È possibile una Scienza dell' Individuo?

Ritengo, che sì; quantunque, di sua natura, imperfetta. Certamente, è stata ed è incompletissima.

Allorchè si considerano i tentativi degli organicisti e psicologi più diversi, la ricostruzione dei temperamenti o dei caratteri o delle costituzioni, normali od anomale, si constata, in verità, quanto segue:

Quegl'indagatori incominciano bene. Sulle traccie, semioscure, in penombra, dello *schema individuale*, danno, a principio, colpi di pennello sicuri, dai colori vivaci, verificabili nei fatti. Presto armeggiano, divagano. Se cercano di completare la figura, di rendere il tipo, l'individuo per intero; cadono nell'artifizioso — Nè rie-

(1) *La sintesi Clinica di E. Kraepelin*, ecc.

scono a mantenere, distintamente ed ognora, le medesime idee direttive nel corso della loro indagine. Si impigliano, di leggieri, in ambiguità: confondono il Temperamento con il Carattere, ad esempio.

Perchè mai un insuccesso, così palmare?

* * *

Per la ragione, che quanto più s' individualizza, quanto più si va dal *movimento* del pensiero alla *fissità* della imagine; *più si cade* nel particolare, nel singolare. Ed, « *a rigore* », *non vi è Scienza del singolare.*

La ricerca del « tipo », punto noi dispensa dallo studio assiduo di tutte le Scienze, generali ed ausiliarie; non ci dispensa dalle indagini di eziologia ed anatomia e biochimica generale e via. Il « tipo » è una « concentrazione » di simili conoscenze, e, per queste, si eleva e definisce grandemente.

Il « tipo » nella Scienza è qualche cosa, che sta fra l'*universale* della Legge e le *contingenze* del caso singolo. Scientificamente, è un mezzo termine, è imperfetto. E bisogna prenderlo come è; con punti luminosi, altri oscuri. I punti luminosi sono *induzioni* da innumerevoli osservazioni sull'individuo e sono *contributi* dalle Scienze, generali ed ausiliarie (1) — Punti luminosi ed oscuri (ho detto). Poichè si intravvedono, *in quel profondo individuale*, altri intrecci e penombre, presso cui giova arrestarsi: sono in difetto le conoscenze opportune per cimentarvisi dentro.

Non bisogna completare il « tutto » arbitrariamente, per impulso estetico di euritmia.

Una piega determinata di « ricambio materiale », una « ipertrofia » od « insufficienza » in un dato organo, od apparato, lascia supporre *correlativi od integrali sviluppi* in altri aspetti dell' individuo. Ma la supposizione non è certezza; tanto meno, verità. L' individuo, come più si studia, più si fa complesso: sembra disarmonico (nonostante la figura unitaria) nell' intimo suo; sembra, talora, miscuglio, anzichè sintesi: si moltiplica in una varietà di altri aggruppamenti di funzioni e di organi.

---

(1) Vedi il mio articolo: *Per una Metodologia delle Scienze Mediche fondata sulla Storia di queste* — dal « Manicomio », 1908.

* * *

Del resto (ripeto) non voglio dire, che la conoscenza della *individualità* sia impossibile. Di « tipi » ne costruiremo sempre; però è bene considerare, che i tipi sono diversi, imperfetti, *nè mai si adeguano alle contingenze innumerevoli del caso singolo.* obietto del medico pratico.

Eppure una Scienza, così imperfetta, o (per meglio dire) una simile Disciplina riesce a noi di utile molto.

La differenza fra una nozione, *distaccata, presa da sola nel giro d'una Scienza,* generale, astratta, per quanto ausiliaria della Clinica; e la *nozione individualizzata, tipificata* (direi), è questa: La prima sta, netta, colà, in alto; nè vi è modo di farla discendere, entro la rete complessa del caso in istudio: l'altra ha penombre, rapporti, alcunchè di diffuso intorno, per cui si rende agevole lo inserirla al caso.

È una *cognizione - rapporto:* la si inserisce con approssimazioni, per saggi ripetuti e verificazioni.

Si toccheranno conoscenze, *punto certe, bensì probabili.* Ma noi, al mondo, nella vita di ogni giorno, ci regoliamo quasi sempre sul « probabile »; di rado n'è concesso di fermare il piede sul « certo » e definitivo.

Al Clinico urgono nozioni, schemi o tipi, i quali facciano da *richiamo, da centri di convergenza, e di sintesi, di concretezza,* alle più diverse cognizioni.

Senza questi schemi o tipi, intorno a cui si disserrano tanti fatti ed idee; una Clinica, veramente e sul serio, non è possibile.

Onde la funzione importantissima, che ha la *Scienza delle Individualità somato - psichiche umane,* ancora, per l'alienista pratico.

MANICOMIO DI QUARTO DEI MILLE

diretto dal prof. C. MANNINI

Dott. GIUSEPPE VIDONI

NOVA ET VETERA

PROBLEMI DI ASSISTENZA PSICHIATRICA

« La Federazione Medica », nel suo ultimo numero, ci porta una bella notizia. Ci informa, difatti, che « La Società Medico-Chirurgica di Pavia, presa conoscenza della relazione e del nuovo progetto di legge sui Manicomî e sugli alienati, esprime il voto che circa la gerarchia dei manicomiali — Direttori, Primari ed Assistenti — venga mantenuto integro l'art. 19 del vigente Regolamento, perchè la proposta parificazione dei medici di manicomio riuscirebbe dannosa al progresso della scienza psichiatrica ».

La notizia, ripeto, è veramente bella. Abituati alla sdegnosa indifferenza dei medici non alienisti verso i manicomî, nel vedere tanta sollecitudine per i nostri istituti e la psichiatria non possiamo, proprio, non rimanere commossi. E' vero però che qualcuno potrebbe anche pensare che questi zelanti colleghi si sono lasciati sfuggire una bellissima occasione per tacere e che qualche altro — se fosse maligno — potrebbe, dall'esempio, credere che in « medicina » non si usi oramai affaticarsi molto per i giudizi, ma si preferisca accontentarsi di diagnosi all'ingrosso, senza tanta preoccupazione di anamnesi e di esami. Sembrerebbe, infatti, che il metodo del presso a poco oppure quelli ... ad occhio ... o per aver inteso dire, siano molto ben visti. Ma, senza essere maligni e senza volere (Dio me ne guardi) istituire anche qui una ... gerarchia di valori, penso che a molti tra gli alienisti verrebbe forse il desiderio di rispondere con una domanda: Non animadverteris te supra malleum

loqui? E' un dovere, in realtà, il nostro di negare apertamente, francamente la competenza a trattare questioni di organizzazione manicomiale alle «Società Mediche» e noi, di Genova, possiamo, per vecchia esperienza, affermarlo con speciale forza, perchè, senza dubbio, più di ogni altro, abbiamo vivo il ricordo delle discussioni e degli ordini del giorno, che tanto rumore sollevarono nel tempo, tristamente allegro, dell'orgia bossiana.

Tutto questo però non ci impedisce di salutare del pari con un pò di simpatia l'affermazione della «Società Medico-Chirurgica di Pavia» per quanto vuole (perchè di certo in buona fede) significare di amore verso la psichiatria da parte di medici.... extra moenia.

Qualunque sia il nostro pensiero di fronte alle conclusioni dei colleghi di Pavia, mi sembra invero si debbano sempre accogliere con piacere i tentativi di contatto tra i cultori dei vari rami delle scienze mediche pensando che non possono non riuscire fecondi quando, per altro, siano di studio e non di... occasione a precipitosi giudizi, giudizi che sarebbero — ed a buon diritto — sdegnosamente respinti se, ad esempio, fossero, con presuntuosa impertinenza, formulati da noi in una questione strettamente chirurgica.

Io non so chi è stato a presentare il famoso «ordine del giorno», ma — chiunque esso sia — avrà saputo sostenere magnificamente le sue ragioni, che, certamente, non tento di ribattere anche per il semplice fatto che... non sono comunicate. Del resto, l'abolizione del maggiorasco non ha trovato contro ottimi polemisti? Lo si sosteneva, perchè costituiva il nucleo morale della famiglia, perchè garantiva la compagine familiare, etc. etc. Tutte bellissime cose, che non hanno però impedito che l'istituto della famiglia non fosse modificato in rapporto alle esigenze delle nuove situazioni ed al benessere della famiglia medesima. Lo stesso, negli Istituti ben funzionanti, è avvenuto nella realtà per quanto si riferisce alla distribuzione dell'attività medica. Quello che si attende è la riforma, che dia valore legale e riconoscimento effettivo a quanto, con spirito di giustizia e di equità, reclama la maggior parte dei medici di Manicomio, di ogni categoria e di ogni scuola.

Non è male, anzi, rammentare agli egregi colleghi di Pavia che la Commissione nominata per la riforma della Legge sui manicomi e sugli alienati non ha fatto qui altro che far suoi i voti

di congressi (1), di pratici benemeriti e di scienziati insigni e non è forse neppure superfluo rammentare che se « il progresso della Scienza Psichiatrica » (2) è ottima cosa, in Italia si dibatte anche la questione dell'assistenza psichiatrica, questione umile, si osserverà, ma che è tale — mi si permetta dirlo — da richiedere, in molti punti, urgenza di soluzioni. Invece, purtroppo, essa tende sempre più ad aggravarsi e ciò anche per le tristi condizioni — finanziarie e morali — nelle quali versano ancora molti medici e per le quali non si trovano oramai (altro che per nobile eccezione) buoni elementi, che si dirigano verso quelle tombe, che minacciano di diventare sempre più i manicomi se non si ha il coraggio di rompere tradizioni ed interessi che, troppo strettamente chiusi in catena, tendono a costringere ogni manifestazione di vita ad una vergognosa schiavitù.

Quali siano, in genere, gli effetti di tali condizioni è stato ripetuto troppe volte, ma di certo bisognerebbe sapere se, prima del suo voto, la « Società Medico - Chirurgica di Pavia » si è almeno informata quanto esse contribuiscano alla dignità di lavoro, al senso di disciplina, del quale tanto vivo è sempre il bisogno nei nostri ospedali, costituendo la disciplina un dovere per il medico ed un diritto per il malato, ma che, per essere veramente efficace, non può — checchè si dica — venir dal di fuori. Solo infatti se deriva da carità e da amore — fatto cosciente a traverso la disciplina — l'opera del medico è veramente in grado di esercitare, nel nostro campo, la sua funzione moralizzatrice, e per questo appunto essa ha il suo presupposto nell'elevazione dei medici, elevazione che viene, invece, negata al suo inizio stesso, nel proposito di voler tenerli in una condizione di vero schiavismo. Negando infatti loro per lunghi anni ed anche per tutta la vita (3) una vera

---

(1) Reduce dal VI Congresso dell'Associazione tra i Medici dei Manicomi pubblici italiani (tenuto a Siena) trovo le bozze. Sono lieto di aver così modo di poter aggiungere che il Congresso è stato concorde nell'approvare, nello spirito e nella lettera, il progetto di legge.

(2) Io non ho la pretesa di segnare le vie utili a tale progresso, ma avrei argomenti per dimostrare che la realizzazione del progetto non contrasta all'apertura di queste vie. Non è però il caso di entrare qui in tale materia, che fu, del resto, tema per accenni ben chiari anche al Congresso di Siena.

(3) Sappiano, tra l'altro, i membri della « Società Medico - Chirurgica di Pavia » che i primari dei manicomi rimangono in carica per la vita e non per un periodo medio di dieci - quindici anni come avviene per gli ospedali comuni. Quale è, dunque, la fine degli assistenti? Non credo si debba proprio lasciare ai posteri la sentenza. Ad ogni modo sappiano ancora i colleghi di Pavia che, nel progetto, non sono aboliti gli assistenti praticanti.

funzione attiva viene ad essere impedita, diciamolo pure, la stessa dignità di uomini quale è quella, che si realizza e si afferma nella coscienza del proprio compito, coscienza che qui è anche tecnica e che si basa fondamentalmente nello sviluppo della propria responsabilità con conseguente potenza e capacità di azione Per questo, nella vita speciale dei nostri Istituti, nella quale, vicino all'elemento scientifico, costante deve essere lo spirito d'amore, il medico senz'autorità è il medico senza efficacia e del quale spesso (diciamo pure anche ciò) si potrebbe benissimo fare a meno. Solo nella capacità effettivamente completa e reale del suo lavoro può raggiungere la sua elevazione, che, con l'iniziativa individuale, potrà permettergli sul serio di sviluppare — per sè e per i malati — un'attività morale. Ed è qui — proprio qui — che gl'individui possono affermare la loro reale capacità — quella vera ed efficace — all'infuori di ogni invadenza inceppante sia essa autoritariamente dispotica o paternamente inibitrice.

Sarebbe più logico ritornare alla vecchia regola ed alla visita coreografica del Direttore ed assistenti (non primari dunque). Tale sistema poi avrebbe anche il merito di vantare una bella e sonora formula: l'unità d'indirizzo, unità che spesso si riduce però ad una semplice etichetta sotto la quale si nasconde una vera anarchia, almeno per quanto si riferisce al lato medico - morale. In ogni caso non fa che livellare grettamente, in un'atmosfera d'indifferenza, ogni energia impedendo, nell'astrazione di un'uniformità irraggiungibile, il reale svolgimento dei problemi pratici, che ogni malato offre al medico sagace e di cuore. Nel regime, pertanto, che si vuol restaurare si viene (e la cosa accade anche in buona fede) a nascondere di frequente, sotto il manto di interessi generali, interessi di privilegiati, tanto più che le esigenze degl' Istituti e dell'attività psichiatrica hanno, come si è accennato, non di rado fatto sì che i medici siano stati portati ad esplicare veramente una funzione attiva. Non è dunque giusto che ne consegua il riconoscimento dei diritti pratici? Cose note, notissime, ma dato che — fuori di casa nostra — sembrano ancora oscure, non bisogna stancarsi di ripeterle. Pare, difatto, che l'equivoco e la confusione vogliano avvolgere di nuovo le nostre aspirazioni ad una rinascita ed i nostri sforzi per un senso austero di dignità, sforzi che pur si nutrono della coscienza maturantesi nella realtà dei fatti.

Ben so che l'equilibrismo per iniziati, nel quale si risolve, generalmente, la carriera manicomiale e che combacia spesso col tanto diffuso « ius murmurandi », desidererebbe che si dicessero le cose

più in sordina, ma io vorrei che si potesse dire forte e netta almeno una verità, quella cioè che le progettate riforme (in questo ramo della tecnica) partono dalla cultura e che alla cultura appunto vogliono ritornare.

Che questo sia vero lo riconoscono, del resto, maestri illustri tanto che le proposte per il frazionamento dei manicomi sono state, ad esempio, accolte con simpatia anche perchè lasciano sperare per i medici la possibilità di un maggior respiro. Per parte mia, reputo però che questo possa essere soltanto uno scopo secondario, ma riconosco che l'importanza di tale punto non va trascurata. L'opportunità e la necessità del frazionamento ricavano la loro ragione fondamentale in ben altri argomenti (1) e che questi debbano vincere si dovrebbe oggi poter sperare anche per un'... altra novità.

È noto, infatti, come gli alienisti della Liguria abbiano, in ogni tempo, sostenuto il dovere di dividere in tre nuclei gli ospedali psichiatrici, creandone uno per la riviera di Ponente, uno per Genova e vicinanze ed uno per la riviera di Levante. Due anni fa, sostenendo i vantaggi di tale soluzione, io mi ero permesso di proporre la creazione (2) d'un ospedale psichiatrico a Spezia, prospettando il caso di studiare un consorzio con la provincia di Massa. La notizia della non lontana trasformazione del circondario di Spezia in provincia deve, per gli alienisti, dare alimento alla speranza che non avvenga per la nuova provincia quanto si è verificato per quella di Porto Maurizio e lo deve, perchè il compito principale di una provincia è ben l'assistenza degli alienati. V'è, quindi, da ritenere che se è stato sentito il bisogno di creare (3) un nuovo ente amministrativo vi sarà pure quello di soddisfare ai bisogni di tale ente e che perciò non potrà tardare l'erezione di un nuovo ospedale psichiatrico. Nessuno potrà contestare i benefici di tale soluzione se si riconosce vero che uno dei più sicuri indici

---

(1) G. VIDONI, Fondamenti di assistenza psichiatrica, Wassermann, Milano, 1923.

(2) G. VIDONI, Per una riforma nell'assistenza psichiatrica, «La Liguria Medica», 1921. — E' superfluo aggiungere che per dar forma concreta alla proposta bisognerebbe conoscere il numero degli alienati, che dà la provincia di Massa. Il Manicomio, infatti, non dovrebbe superare la cifra di 600 ricoverati. Da calcoli sommari si può ritenere che, attualmente, il circondario di Spezia dia 400 malati. La creazione di un Istituto Psichiatrico, nel suo territorio, farà, nel primo periodo, aumentare il numero. L'insegna la storia di tutti i nostri Manicomi.

(3) Nel correggere le bozze si può annunciare che la provincia della Spezia è già nata.

della funzionalità di un istituto ospedaliero è, come dicevo altra volta, dato dalla rapidità con cui è in grado di prestare la sua opera: « Bis dat qui cito dat ».

Il frazionamento, del resto, è subordinato, nei limiti e nei mezzi, ad una infinità di cose, dalla potenzialità economica, alla facilità di comunicazioni, dalla distribuzione degli alienati, al numero degli abitanti, etc. Io non ho le cifre dell'ultimo censimento, ma credo di poter dar lo stesso un'efficace dimostrazione delle profonde diversità, che passano da una provincia ad un'altra, riferendo anche qui (1) i dati di quello del 1911. Si vede così che mentre vi sono provincie, che contano più di un milione di abitanti (Milano, Torino. Genova, Firenze, Roma, Napoli) ve ne sono altre che superano appena i cento mila (Grosseto, Porto Maurizio, Sondrio). Pure nell'estensione ci sono differenze enormi: quella di Cagliari, ad esempio, ha Kmq. 13,615, mentre quella di Livorno è di Kmq. 365. Così dicasi per il numero dei Comuni componenti la Provincia: ne troviamo, pertanto, 8 a Livorno e 510 a Como: 1906 (per calcolare a regioni) in Lombardia e 361 in Sicilia con una media di abitanti in Lombardia di 10,559 per comune ed in Sicilia di 2572 per comune. Bastano queste cifre per comprendere come sia necessario avere elasticità di spostamenti nel segnare i limiti del frazionamento e come, in qualche provincia, si debba pensare ad Istituti atti ad integrare, in certo qual modo, quelli distribuiti nei centri di accoglimento. Richiamando, per non ripetermi, quanto anche di recente ho scritto (2) in proposito, mi pare che, volendo essere sul serio realizzatori, si debba procedere sempre con la visione esatta delle condizioni locali, condizioni che, anche per quanto riguarda i manicomi in sè stessi, sono molto diverse dall'uno all'altro punto. Ed invero, vicino ad Istituti degni di ogni elogio, ne esistono pur troppo di quelli, per i quali non è più sufficiente la rampogna e non solo (come si sente qualche volta ripetere) per l'Italia meridionale. No, no, su questo punto esiste veramente l'unità nazionale, cosicchè se l'anno scorso ho dovuto, con vergogna, apprendere che in un Istituto dell'Italia del Sud gli ammalati dormivano a terra, sulla paglia, quest'anno invece, in un grande Istituto dell'Italia Settentrionale, ho dovuto con-

---

(1) G. VIDONI, Per una riforma nell'assistenza psichiatrica. «La Liguria Medica», 1921.

(2) G. VIDONI, Fondamenti di assistenza psichiatrica. Wassermann, Milano, 1923.

statare che molti malati dormivano sulla rete metallica o su materassi semplicemente ripugnanti per la loro lordura, senza lenzuola, senza guanciali, etc. Per questo vedo sempre più che avevo ben ragione di insistere, anche in altro momento (1), nel richiedere (prima di pensare ad altre riforme) l'esecuzione di quanto dovrebbe essere già fatto, secondo lo spirito della legge e le esigenze più modeste dei dettami scientifici ed umanitarii.

Questa è la base fondamentale per l'assistenza psichiatrica: per ottenerla in molte provincie è ancora tutto da fare; ma per qualcuna, fortunatamente, tale situazione è raggiunta ed anche brillantemente sorpassata.

Il sentire, frattanto, che i medici non specialisti incominciano ad interessarsi dei problemi manicomiali e psichiatrici in genere, è cosa che, nella nostra piccola repubblica, non può che dar gioia, perchè vorremmo sperare di trovare nei colleghi — estranei ai nostri ambienti e perciò nè sospetti nè interessati — amici, per la propaganda di idee, che crediamo utili al diffondersi della coscienza psichiatrica nel Paese ed anche alla mutua comprensione di tanti problemi medici, tanto più che l'indirizzo e le conquiste della psichiatria moderna se hanno per fondamento l'autonomia della patologia mentale vanno, d'altra parte, mostrando sempre più non solo che malattie e sindromi a carico del cuore, dei polmoni, del cervello, etc. possono avere una causa comune, ma che anche sindromi psicopati che — e vere malattie mentali — possono essere il risultato di lesioni originariamente a carico non del cervello, ma di altri organi. Ben venga, dunque, tale contatto. Ai nostri colleghi (ben spesso tanto più fortunati) domandiamo solo di guardare senza sdegno insofferente le proposte e le idee dei loro fratelli minori, non dimenticando neanche che hanno spesso pure il merito di essere il frutto di esperienza vissuta e controllata. Non si rivestono, d'altronde, di altra pretesa le stesse proposte avanzate per la riforma della Legge, proposte che rispondono (lo credano i colleghi di Pavia) a bisogni largamente e vivamente riconosciuti. Se vi saranno eccezioni localistiche (e avrà ben avuto motivo di sentirle chi ha combattuto il progetto) non vuol dire che per queste

(1) G. Vidoni, Sui «Reparti di libera ammissione» per psicopatici, «Quaderni di Psichiatria», 1923.

debba esser respinto un rinnovamento (1), che darà beneficii tali da poter rimediare anche a queste eccezioni.

Abbandonando la questione, desidero augurarmi che i medici non alienisti, astenendosi da giudizi un po' (siamo sinceri) troppo improvvisati, vogliano mantenere il loro interesse per gli ammalati di mente e sappiano portare il contributo del loro amore e delle loro obbiezioni a qualcuno di quei problemi, che più occupano attualmente gli alienisti e per i quali essi possono trovare punti di diretta utilità sia nei riguardi dell'assistenza, sia in quelli della profilassi.

Quali siano e quanti siano non posso, di certo, aver la pretesa di indicare io. Mi permetto però di segnalarne qualcuno scegliendolo tra quelli, che la pratica mi dice più utili e necessarii:

1. Frazionamento degl' Istituti psichiatrici.

2. Ospedalizzazione degli ammalati di mente, alla pari con quella degli altri ammalati e garanzie particolari alla loro malattia, a carattere sociale.

3. Specificazione degl' Istituti (per alcoolisti, epilettici, frenastenici, etc.) in prosecuzione agli ospedali di immediato accoglimento nelle provincie, per le quali è conveniente tale separazione e per quelle, che possono riunirsi in consorzio per qualcuna di queste istituzioni. Ciò specialmente per quanto si riferisce alla cura ed all'educazione dei frenastenici, che ha importanti rapporti anche nella lotta contro la delinquenza minorile.

4. Destinazione dei Manicomii ai soli alienati manicomiabili o per cronicità inguaribile o per pericolosità permanente, che va considerata a parte dalla questione dei Manicomi giudiziarii o psichiatrico - forensi e non criminali, come si suole di solito, chiamarli. Questi ultimi istituti vanno studiati in particolar modo, in rapporto al progetto per la riforma del Codice Penale. Gli altri ospedali per cronici sembrano necessarii solo per le provincie a grande popolazione manicomiale. Il problema si collega, del resto, con quello del frazionamento.

(1) Ripeto che non so chi sia stato il proponente dell'«ordine del giorno», ma io spero che egli — se mi leggerà — sarà convinto che mi anima, in questa critica, un unico motivo, che, di certo, mi è comune con lui, quello cioè di cercare di raggiungere la soluzione, ritenuta, in buona fede, migliore del problema in discussione.

5. Assistenza dei « piccoli psicopatici » o psicosici iniziali, distinti dai « grandi psicopatici », secondo le proposte francesi.

6. Dispensari e Laboratori di esame per le malattie mentali, con ammissione libera, etc.

7. Profilassi più che cura: prevenzione più che repressione. Collegamento di lavoro con l'igiene sociale.

8. Insegnamento universitario specialmente rivolto alle forme acute, iniziali, curabili o no a domicilio e ciò a somiglianza di quanto avviene, in genere, per gli altri insegnamenti speciali, che, senza trascurarle, lasciano al secondo posto le forme croniche. Tale indirizzo è già largamente seguito, ad esempio, da ENRICO MORSELLI.

9. Quartieri di ammissione provvisoria e libera per cura nei grandi centri o mediante Istituti speciali di accoglimento immediato, senza formalità burocratiche e giuridiche, oppure in sezioni apposite dei grandi ospedali (astanterie) con medici competenti in Psichiatria.

10. Assistenza per gli ammalati nervosi nelle città e provincie senza ospedali atti ad organizzare un reparto neuropatologico.

Sarebbe perfettamente superfluo che ora trattassi io qualcuno di questi temi, tanto più che, per molti, più volte ho espresso il mio pensiero. Riconosco però che essi sono sempre sul tappeto (1) e che si rinnoveranno qualunque sia la sorte riservata al nuovo progetto di legge. Richiamare, quindi, l'attenzione dei medici su tali punti, non mi pare vano e per questo mi sono permesso di concretare una specie di schema, quale si affaccia alla modestissima esperienza mia, ricavata però non solo dall'attività psichiatrica, ma anche dal contatto con i cultori degli altri rami della medicina.

Genova, Luglio 1923.

(1) Nell'indicare questi temi, non intendo esprimere ora opinione favorevole o contraria all'una o all'altra soluzione.

Manicomio Interprovinciale V. E. II in Nocera Inferiore
Direttore: Prof. D. Ventra

Dott. S. Tomasini
Primario

L'IGIENE MENTALE
E L'ASSISTENZA PER I PSICOPATICI LIEVI

Nota di tecnica psichiatrica

I recenti indirizzi della Psichiatria, e le ricerche moderne sull'eziologia delle malattie mentali hanno avuto, e più ne avranno, grande influenza su quella che vien detta « tecnica manicomiale ».

A simiglianza della sua grande madre, la Medicina generale, la Psichiatria, nella sua parte terapica, va svolgendosi verso un nuovo indirizzo: l'Igiene mentale.

Questo nuovo indirizzo ha avuto il suo inizio in America.

La Psichiatria americana, specialmente in questi ultimi anni, si è diretta verso queste due mete: l' igiene mentale e l'organizzazione degli ospedali psichiatrici, al di fuori degli Asili di alienati.

Fu nel 1909 che, per prevenire e cercare di evitare il rapido aumento delle malattie e delle tare mentali, e perfezionare la terapia e l'assistenza psichiatrica, sorse in New - Yorck una forte associazione di propaganda, che prese il nome di « National Committee Mental Hygiene Association ».

Essa si serve di tutti i mezzi di propaganda, che crede utili e benefici pér allargare la cerchia delle sue attribuzioni, e per

raggiungere più presto e più validamente i propri scopi; si serve principalmente della stampa, anche di quella quotidiana, e magari di comizii pel grande pubblico, onde cercare di fare scomparire tutte le opinioni errate, tutte le superstizioni, diciamo noi, che tuttora si hanno intorno alle malattie mentali.

E' notevole a questo proposito la creazione di «dispensari delle abitudini» (Habit - Clinic) con lo scopo di dirigere la formazione del carattere dei bambini; conoscendosi dalla Psicologia la grande influenza che esercitano le abitudini, acquisite nell'infanzia, durante il periodo prescolare, sul carattere e sulla vita sociale ulteriore dell'individuo, e potendosi, se ben dirette, inibire e modificarsi certe forze istintive della vita mentale dei bambini.

L'Associazione ha rivolto ancora la propria attenzione sulle officine, ai grandi Stabilimenti, dove si accumulano migliaia di braccia, intente al lavoro delle macchine, facendo notare tutte le convenienze, chiamiamole magari industriali, che hanno oggi quelli che si dicono datori di lavoro, nel fare svolgere l'igiene mentale tra gli operai; e occuparsi dello studio della psicologia delle masse.

Ma quello che è stato più utile, e che più riguarda da vicino gli alienisti, è stata la creazione degli Ospedali per psicopatie (Psychopathic - Hospital), col fine di evitare i pregiudizi, che il pubblico ha sull'internamento negli asili e quindi nell'interesse dell'infermo di malattia mentale: in quanto che posson essere così interamente soppressi i vecchi nomi di asili (da noi manicomi), e quelli di pazzia, follia, ecc., e sostituirvi quello scientifico di psicopatia.

Questi sono degli ospedali moderni da cinquanta a cento letti, destinati ad accogliere affetti da malattie mentali acute, e quindi debbono essere dotati di tutti i mezzi per la diagnosi e per il miglior trattamento loro, secondo l'indirizzo odierno della terapia.

Gli infermi vengono ammessi *senza ordini legali*, e quindi dall'autorità giudiziaria non vengono legalmente riconosciuti come alienati: è questo, dal punto di vista sociale, la trasformazione più importante, che viene ad ottenersi con la funzione che le leghe di Igiene mentale voglion dare all'ospedalizzazione dei psicopatici lievi. Gli ospedali per psicopatici, come quelli comuni, hanno quindi un servizio di Consultazione esterno, fatto importante perchè permette spesso di accogliere precocemente casi di malattie mentali al loro inizio e che, trattati immediatamente, possono rapidamente guarire: e gli individui essere restituiti al lavoro sociale nel più breve tempo possibile.

Senza contare le scuole preparatorie per un personale bene istruito, di cui una parte, e forse la più importante, è quello volontario, non stipendiato.

Fu la Guerra, che diede un grande sviluppo a questa idea, con i suoi numerosi mutilati mentali: e specialmente in Francia essa ebbe la massima considerazione da parte del Governo, durante la guerra.

Il dottor BRUNET, medico capo al servizio centrale militare di psichiatria, fè creare dal Governo militare di Parigi un servizio speciale di assistenza per psicopatici lievi, che la guerra, come si è detto, moltiplicò in gran numero, e specialmente per i feriti del cranio e i commozionati, per i quali non era reso necessario l'internamento.

Per questi ammalati che furono designati col nome di psicopatici lievi, « petits mentaux », si organizzarono dei servizi aperti, degli ambulatori: erano di quegl'infermi che non potevano essere ricevuti nei comuni ospedali, perchè presentavano dei disturbi mentali, d'altra parte non avevano i requisiti richiesti per l'ammissione negli asili, secondo la legge francese del 1838. Lo stesso possiamo dire per l' Italia, secondo la legge sui manicomi e sugli alienati del 1904, i quali, durante la guerra, furono ricoverati nei così detti centri psichiatrici.

Questi infermi di mente di lieve entità, dice nel suo rapporto il BRUNET, lasciati senza una direzione speciale, spesso non sono volontariamente capaci per un riadattamento alla vita sociale, chè manca in loro il necessario senso di orientamento. Nell' ambiente familiare e sociale, in cui vivono, esercitano poi un'influenza nociva; la loro produttività è più o meno diminuita, e, alle volte, per uno stato di sovreccitabilità, possono passare a delle reazioni antisociali.

Sono degl'infermi affetti da disturbi psicopatici così leggieri, che possono vivere in libertà, ma che pur tuttavia non possono condurre una vita normale ed esercitare un lavoro normalmente produttivo.

La pazzia è separata dall'equilibrio mentale da gradi insensibili: ora sono questi gradi, che si riscontrano alla frontiera della pazzia, per usare una frase di MAUSDLEY, o che l'hanno appena appena varcata, e che hanno, con gli alienati accertati, l'origine simile (predisposizione, ereditarietà, cause occasionali, fatiche, emozioni, intossicazioni), che bisognerebbero essere dalla società meglio curati.

Invece i primi gradi di disquilibrio mentale, in tanto fiorire di ospedalizzazione e di specializzazioni, rimangono senza soccorsi; l'ospedalizzazione per gli alienati avviene perchè i pubblici poteri si preoccupano della difesa materiale della società e non si occupano dell'interesse dell' infermo, che, oltre ad essere un interesse particolare, importa pure l' organizzazione sociale, donde la procedura dell'internamento.

Ora il progresso della Psichiatria, specialmente dopo quello delle osservazioni di guerra, tende alla spedalizzazione dei piccoli lesi mentali.

Anzi, una delle più gravi conseguenze di questo stato di cose, da tempo notato dagli alienisti, poichè è stato accertato che la cronicità dei disturbi mentali è legata, per molti casi, alla mancanza di soccorsi primi, è che gl'individui affetti da disturbi mentali acuti, transitori, lievi, non vengono dagli psichiatri curati: essi rimangono nell'ambiente familiare, continuano a vivere liberi nell'ambiente sociale, e ciascuno, quindi, potrà dedurre le conseguenze sociali ed economiche, specie economiche, per le famiglie prima, che si vedono private del sostentamento, e per le provincie, e in generale per la società, obbligate al loro mantenimento, dopo l'ammissione negli asili.

Per queste ragioni è molto sostenuto e valorizzato anche in Francia un movimento in favore di un'assistenza di psicopatici in cui le formalità di ospedalizzazione vengono il più possibilmente ridotte, e in cui gl'infermi possono usufruire di una libertà uguale a quella degl'infermi dei comuni ospedali.

La Francia, quindi, ha seguito gli Stati Uniti, che da tempo hanno iniziata la lotta di profilassi mentale, introducendo l'alienazione mentale nel rango delle malattie sociali, [sifilide, tubercolosi, malaria] e trattandola come tale.

Nel 1899, la Commissione mista incaricata dello studio dell'Ospedalizzazione degli alienati, ha fatto richiesta di un padiglione aperto nei vari asili.

Nel 1900 il Congresso internazionale di Medicina mentale emise un simile voto.

Ma non fu che nel 1920 che al Ministero dell'Igiene in Francia fu aggregato un Comitato d' Igiene mentale, a cui si aggregò, nel dicembre dello stesso anno, la nuova associazione « Lega di profilassi e d' Igiene mentale », che ha nello statuto « lo studio e la realizzazione di misure proprie a favorire la profilassi dei disturbi mentali, a migliorare le condizioni di trattamento degli alie-

nati, a sviluppare l'igiene mentale nel dominio dell'azione individuale, scolastica, professionale, sociale ».

Questa Lega venne fondata da un illustre psichiatra, il Toulouse, ed ha ottenuto dei veri successi: egli stesso, per primo, valendosi di un articolo della stessa legge del 1838, ha potuto cominciare nell'Asilo S. Anna, da lui diretto, l'assistenza dei « petit mentaux », in un padiglione speciale, con l'autorizzazione governativa, alla quale era noto il rapporto del Brunet, che aveva fatto conoscere come su 20000 psicopatici, trattati nel centro psichiatrico di Parigi, quindicimila non vennero internati, e solo per un quarto fu reso necessario l'internamento negli asili.

Il progressivo sviluppo dell'associazione ha visto la necessità della pubblicazione di un « Bulletin de la Ligue d'Hygiène mentale », apparso nell'Ottobre del 1922, diretto dallo stesso Toulouse; e quella di un Congresso, che fu tenuto nel giugno dello stesso anno.

Questo Congresso è riuscito importantissimo per il numero degli intervenuti, e per le comunicazioni fatte: accenno specialmente a quella di Antheaume sui « Principii che debbono regolare l'assistenza dei psicopatici ».

Interessa a noi conoscere specialmente che questi principii sono fondati su una nuova divisione dei gruppi di malati mentali, cioè, sulla pericolosità di essi.

I malati mentali, cioè, vengono divisi in psicopatici propriamente detti, il cui internamento non è giustificabile; ed in alienati, o psicopatici che debbono essere internati.

Antheaume ricorda che questa tendenza della Psichiatria francese rimonta a molti anni addietro, e accenna e accetta la divisione dei malati mentali fatta da Gilbert Ballet.

Questi dice che le espressioni: « malati affetti da disturbi mentali » e « malati alienati » non sono due termini sinonimi, che possono indifferentemente esser presi l'uno per l'altro; e ripartisce i malati nei seguenti gruppi:

1.° malati affetti da disturbi mentali, coscienti del loro stato, e che essi stessi reclamano i soccorsi;

2.° malati, gli uni coscienti, gli altri parzialmente coscienti, o incoscienti dei loro disturbi mentali, che non domandano da loro i soccorsi, ma che vi si sottomettono senza protesta, o che non protestano che accidentalmente in modo transitorio, come può protestare contro il suo soggiorno all'ospedale un individuo affetto da malattia comune;

3.° malati incoscienti del loro stato, che protestano abitualmente contro l'isolamento e i soccorsi, di cui hanno bisogno (infermi protestatari).

Questi malati possono far parte del 3.° gruppo ed anche del

4.° malati che, pel fatto dei disturbi mentali, di cui sono affetti, hanno commesso, o sono notoriamente esposti a commettere, dei delitti o altre azioni antisociali (infermi criminali e malati dannosi).

Solo debbono essere internati, di ufficio, gli ammalati alienati, nel senso medico e non volgare della parola, cioè, quelli il cui stato di alienazione compromette l'ordine pubblico o la sicurezza delle persone, quelli che costituiscono i gruppi 3.° e 4.° della sudetta classificazione.

Gli altri malati dei due gruppi 1.° e 2.°, possono essere internati facultativamente, il loro ricovero non deve essere obbligatorio.

Il Congresso d'igiene mentale approvò, quindi, le direttive proposte da AUTHEAUME, che, a titolo di conclusione, emise i seguenti voti, interessanti a conoscersi da noi:

1.° L'assistenza ai psicopatici, di cui gli alienati non sono che una parte ristretta, deve essere organizzata sulle basi seguenti: deve essere medica, precoce;

2.° Questa assistenza deve essere organizzata secondo due modalità differenti, secondo che si tratti di psicopatici a cura libera o psicopatici internati (alienati).

3.° E' necessario che gli stabilimenti pubblici di alienati prendano il nome di « ospedali psichiatrici » e siano trasformati in stabilimenti misti comprendenti, una parte chiusa per gli alienati e una parte aperta con servizio di psicopatici in cura libera, e dispensari con consultazioni d' Igiene mentale.

4.° La parte chiusa resterà sotto il regime della legge sugli alienati; la parte aperta, indipendente dalla prima, sotto il regime della legge sull'assistenza comune.

5.° I servizi aperti negli asili per psicopatici in cura libera debbono funzionare come i servizi ospedalieri; i psicopatici debbono essere considerati come ammalati ordinari.

Non ostante le difficoltà, che presenta l'attuazione di queste nuove idee, pure, specialmente a Parigi, si sono trovati i mezzi per trasformare vari asili, aggiungendovi, l'ospedale aperto e la cura libera dei psicopatici.

In seguito, nel 1921, si è fondata nel Belgio la « Ligue belge Hygiène mentale » cogli stessi scopi di quella francese, con il fer-

mo proposito di modificare i metodi di assistenza degli alienati e dei psicopatici, sotto l'influenza delle idee liberali dovute agli Psichiatri di America.

E' venuta dopo l'Inghilterra, la cui associazione è naturalmente ricalcata sul « Comitato nazionale d'Igiene mentale degli Stati Uniti » e la cui fondazione si ebbe nel secondo semestre del 1922.

Il Consiglio nazionale britannico si propone i seguenti scopi:

1. di servire d'intermediario allo scopo di coordinare l'attività delle differenti associazioni, che si occupano d'igiene mentale;

2. di unirsi con gli altri consigli o leghe nazionali e costituire una lega internazionale per un'azione solidale e per la collaborazione scientifica;

3. di studiare le cause e la profilassi dei disturbi mentali; compresi l'influenza dell'ambiente, l'eredità, i veleni, quali l'alcool e il piombo, i mestieri insalubri, la sifilide;

4. di dare una maggiore importanza all'igiene mentale nello insegnamento della Medicina;

5. di favorire la creazione, negli ospedali ordinari, di cliniche speciali per il trattamento precoce dei disturbi mentali, con il fine di fare scomparire il pregiudizio, che si ha sulla parola « mentale »;

6. di perfezionare le condizioni di trattamento dei disturbi mentali al loro inizio, in modo che possa essere applicato a domicilio;

7. di fare una propaganda razionale.

L'Australia pure ha formato una sezione d'Igiene mentale nella sua « Associazione d'Igiene pubblica », allo scopo di mantenere la sanità mentale nel popolo; per aiutare la prevenzione dei disturbi nervosi e mentali; per contribuire a stabilire le basi di una assistenza e d'una terapia razionale dei psicopatici e dei deficienti mentali.

In Germania è stato Raecke, fra gli psichiatri tedeschi, che ha più combattuto per l'estensione dei servizi aperti; ma vuole che l'assistenza psichiatrica libera fosse fatta al di fuori degli asili, e per coloro su cui non può cadere il giudizio d'internamento.

Il Raecke, poi, come corollario, vi aggregava il problema psichiatrico sociale dei rapporti fra psicosi e ambiente esterno: ma, date le condizioni speciali del dopo guerra, questi problemi non hanno, a quanto pare, raggiunti risultati pratici.

Ed in Italia?

In Italia il problema non poteva non farvi capolino, ma, a

mio parere, timidamente; perchè ci si è finora limitati ad emettere voti.

Io credo che, dati i risultati ottenuti dalla Lega d'Igiene mentale a Parigi, risultati ottimi sotto ogni riguardo, in cui l'ospedale aperto con i suoi dispensari, con le sue consultazioni, con i suoi laboratori scientifici, aggregato all'Asilo Sant'Anna, per cui questo, con l'autorizzazione del Governo, ha potuto perfino prendere il titolo di « Ospedale psichiatrico Sant'Anna », l'indirizzo terapeutico ed igienico s'impone alla Psichiatria italiana, e per questa ragione mi permetto d'agitare qui il problema.

Mi sembra che i maggiori interessati dovrebbero essere i Direttori dei nostri manicomi.

Ma di questo problema, fra i direttori di Manicomi, solo il Del Greco di Aquila se n'è occupato; soltanto ed esclusivamente dal lato psichiatrico della pericolosità dei malati di mente.

Nel suo lavoro egli esamina « il carattere » in quegli individui, di cui potrebbe essere permessa la cura nei servizi aperti e di quelli cui crede necessario l'internamento, cioè i protestatari ed i pericolosi, e ne studia la psicologia e il modo come indagarne la pericolosità.

Egli preferisce per l'Istituto a porte aperte gli psico-neurastenici e i disordinati psichici transitori: quelli, cioè, che sono al limitare della vera follia, e scrive che « simili riforme tecniche debbono essere menate innanzi con prudenza e scienza, lungi da eccessive speranze ».

Quello che si è tentato di fare riguardo alla profilassi delle malattie mentali in Italia, lo dobbiamo alla geniale attività di Ettore Levi, fondatore dell'Istituto italiano d'Igiene Previdenza ed Assistenza Sociale in Roma.

Però, a me pare, che lo scopo principale del « National Committee for Mental Hygiene » degli Stati Uniti e quello della « Ligue d'Hygiène mentale française » non si raggiunga negl'interessanti tentativi compiuti dal Levi, i quali, del resto hanno condotto ad importanti risultati sull'igiene di particolari malattie sociali, come il gozzo-cretinismo.

Il Levi venne sollecitato dalla Lega francese e dal Segretario generale dell'Associazione Americana sopra nominati di promuovere in Italia una sezione della Lega internazionale d'Igiene mentale, e formulò dapprima delle proposte ad illustri psichiatri italiani, e poscia fece noto il suo proposito alla Società di Neurologia nel suo Congresso di Firenze del 1921.

Il Prof. Ferrari di Bologna, che intervenne anche al Congresso

di Parigi, di cui è cenno in questo lavoro, e potè prendere contatto diretto col Dr. Beers, segretario dell'Associazione americana, al ritorno in Italia, mandò anch'egli una circolare apposita per la formazione di una Lega simile.

Alla proposta del Prof. Levi di promuovere un'azione di propaganda, la Società di Neurologia, a mezzo di una Commissione appositamente nominata, affidò all' Istituto da lui diretto la propaganda contro il gozzo - cretinismo,

Ed è qui che l'azione sviluppata dall' Istituto d' Igiene Previdenza ed Assistenza sociale ha dato ottimi risultati; comunicati dapprima al XVI Congresso della Società freniatrica italiana (Roma 7 aprile 1923) e poscia a quello della Società italiana di Neurologia tenuto a Napoli, che, nella seduta del giorno 5 novembre 1923, ha approvato il seguente voto, che io riporto, perchè mi sembra che confermi il giudizio da me più sopra dato.

« La Società italiana di Neurologia nel suo VI Congresso (Napoli 1923), udita la Relazione del Prof. Ettore Levi, direttore dell Istituto italiano d' Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale, nell'azione svolta dall' Istituto stesso, per mandato della Società di Neurologia, nel campo della propaganda per la prevenzione delle malattie nervose e mentali,

plaude all'attività fin qui svolta dall'Istituto italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale;

conferma il mandato già conferito al detto istituto dalla Società di Neurologia (Congresso di Firenze 1921) ed affida alla già esistente Commissione (Sen. Prof. Leonardo Bianchi, Prof. Lugaro, Prof. Cerletti) cui si aggiunge il Prof. Coppola, di definire col Direttore dell' Istituto il programma futuro di propaganda.

La sudetta Commissione poi, su proposta sempre del Prof. Ettore Levi, ha deliberato che la collaborazione tra la Società italiana di Neurologia e l' Istituto italiano d' Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale, ai fini della profilassi sociale delle malattie nervose e mentali, debba proseguire nel campo dell'azione contro il gozzo - cretinismo, e di iniziare inoltre una nuova campagna nel campo della scuola, affidando all' illustre Prof. Enrico Morselli della R. Università di Genova, che della speciale materia si è con amore e con profonda competenza occupato, la compilazione di un opuscolo che possa servire di guida agli educatori ed ai genitori per la prevenzione delle malattie nervose e mentali nella fanciullezza.

Era già compilato questo articolo quando venne approvato dal

VI. Congresso dell'Associazione fra i Medici dei Manicomi pubblici italiani, tenuto a Siena in Ottobre ultimo, un voto del Dott. CIARLA «sull'utilità di dare il massimo sviluppo alla profilassi delle malattie mentali con l'istituzione di Preventori, cioè, luoghi di ricovero e di cura precoce per lievi disturbi neuro-psichici, e sull'istituzione di Ospedali psichiatrici». E poi più nulla: ossia una punta polemica del Dott. BARLETTA a proposito del progetto di una nuova legge sui Manicomi. Siamo, quindi, ancora nella parte semplicemente preparatoria e dei voti.

Ed è per questo che all'assemblea del Comitato d'organizzazione per l'Igiene mentale, tenuto a New-York il giorno 11 dicembre 1922, è stato eletto il Comitato internazionale per il Congresso internazionale d'Igiene mentale, che dovrà tenersi a New-York in aprile 1924, e di esso non vi fa parte il rappresentante d'Italia.

Schematicamente, riferì il Dott. BEERS di New-York, l'Igiene mentale oggi si presenta così distribuita:

Comitati nazionali agli Stati Uniti, al Canadà, in Africa del Sud.

Leghe nazionali in Francia, in Belgio.

Consiglio nazionale in Gran Bretagna.

Una assemblea d'Igiene mentale in Australia.

Organizzazioni psichiatriche per lo sviluppo dell'Igiene mentale in Olanda, Danimarca e Norvegia.

Progetto di leghe nazionali in Italia e in Spagna.

Il problema, quindi, in Italia non è stato impostato nei precisi termini in cui doveva, ma che lo sarà perchè, data l'estensione grande che la quistione dell'assistenza ai psicopatici e della profilassi della pazzia prende, non può l'Italia non parteciparvi, non possono gli psichiatri italiani non accettarne le direttive, mettersi in disparte. La quistione interessa, come ho detto, i Direttori dei Manicomi italiani: ad essi, cultori ed esecutori diretti della tecnica psichiatrica, spetta il diritto e il dovere di prendere l'iniziativa, di svilupparla: in Francia sono stati essi che hanno agitata la quistione con tanto successo, è stato l'Asilo S. Anna il primo ad essere trasformato in Ospedale psichiatrico con servizio aperto, con ambulatori, per opera del suo eminente direttore, il TOULOUSE; è stato AUTHEAUME che tanto si è occupato della trasformazione degli asili di alienati in Ospedali psichiatrici ed è oggi uno dei più entusiasti per i risultati ottenuti.

Quando il problema, che è problema di terapia e di tecnica

psichiatrica, sarà assimilato dai Direttori di Manicomi, esso potrà cominciare ad avere un principio di attuazione.

Oggi la pazzia non è più considerata come l'effetto implacabile di una potenza divina, come un castigo degli dei, come la vendetta più terribile della divinità: *Quos vult perdere Iupiter dementat.* Essa è oggi una malattia, ma una malattia che, più delle altre, rappresenta un interesse individuale e un problema sociale della più grande importanza: e come tutti i problemi sociali è poliedrico nei suoi aspetti; la risoluzione di ogni sua parte spetta ad enti differenti, donde le difficoltà.

La pazzia non interessa solo l'individuo colpito, la famiglia di esso; interessa ancora più la società: un individuo, che si guarisce della pazzia, è alle volte un valore intellettuale restituito all'uomo e alla società, esso è sempre un valore economico.

Il problema, quindi, della profilassi e della terapia come si è presentato alle Leghe, già costituite, d'Igiene mentale, risulta di varie parti; esso comprende: un lato morale, un lato psichiatrico, specialmente nella terapia e nella profilassi; un lato economico.

La lotta iniziata dalle Leghe è alla parola pazzo e folle: da per tutto l'individuo colpito da disturbi mentali, per il semplice fatto del suo internamento legale, di ufficio, in un manicomio, porta un marchio indelebile, che non lo addita favorevolmente nella società, qundo vi sarà restituito, che si estende anche alla famiglia, e che tutti temono, e tutti deplorano, che nessuna associazione filantropica o di patronato gli potrà mai più togliere: e quando rimane, per la sua cronicità, per sempre nell'asilo, esso è non solo un valore economico negativo, ma vive a spese della società.

Ora tutti dovrebbero riconoscere che una percentuale numerosa di guariti, dimessi dagli Ospedali psichiatrici, in un tempo più o meno lontano dal dì dell'ammissione, viene a formare una notevole riduzione sui futuri bilanci pubblici.

L'individuo che, per la prontezza delle cure, ha avuto più facile la guarigione, più presto ritorna al proprio lavoro remunerativo, cessando di essere un danno economico alla società. Questo dovrebbero far considerare i dirigenti i nostri Istituti psichiatrici agli Enti, dai quali essi economicamente dipendono; e far considerare che queste trasformazioni degli Asili in Ospedali, non sono soltanto deduzioni scientifiche e conseguenze di nuovi indirizzi di tecnica psichiatrica; ma interessano anche loro, come tutori delle pubbliche esigenze; poichè un alienato cronico è un caput mortuum che per per anni e anni vive a spese delle Provincie, a spese dello Stato.

Le provincie non abbiano timore dell'anticipo di una somma per creare accanto all'Asilo, reparto chiuso, l'Ospedale psichiatrico, servizio aperto per psicopatici di lieve entità, poichè questo deve essere fornito di tutti i mezzi di esame, di terapia, di assistenza voluti dall'attuale momento scientifico, dal nuovo indirizzo terapeutico, e, d'altra parte, lo Stato consideri che, per mezzo di questi Ospedali, è soltanto possibile la profilassi della pazzia, l'Igiene mentale.

Ho accennato all'assistenza speciale in questi reparti; lo hanno sostenuto in Francia, in America, dove si servono a preferenza del servizio volontario d'infermieri; e fra noi vi ha accennato anche il Del Greco.

Non tutti i Manicomi hanno un personale adatto all'assistenza delle malattie mentali: e in alcuni mancano anche quelli forniti del relativo diploma; ma per gli Ospedali psichiatrici è necessario un personale più colto, più adatto all'ambiente ospedaliero, più pratico dei mezzi di diagnosi e di terapia, che oggi vengono adoperati; ed anche questo è un lato, non meno importante, del poliedrico problema.

Ecco la ragione morale e sociale perchè gli Asili, i manicomi fossero trasformati in istituti misti: in ospedali psichiatrici, in cui vi fossero i reparti per alienati pericolosi, incurabili, ed ai quali per il loro stato mentale, non può molto interessare la taccia di pazzo: in reparti con servizio libero, in cui gli ammalati volontariamente vanno a curarsi dei loro disturbi psichici, e volontariamente ne escono: sono ammalati con lievi disturbi mentali, molti al loro inizio, in gran parte guaribili: ed ai quali l'internamento potrebbe portare un nocumento morale ed economico. E' in questa trasformazione l'importanza sociale del nuovo indirizzo della tecnica psichiatrica.

Ma il problema interessa lo Stato, e da noi le Provincie destinate dalla legge al mantenimento dei folli: ecco il problema diventare semplicemente economico.

Bisogna, quindi, che, a risolvere l'importante problema, e concorrere al progredire della tecnica psichiatrica, gli alienisti ed i Direttori dei Manicomi debbono far nascere negli amministratori, nelle autorità amministrative e politiche, la convinzione della necessità di modificare i Manicomi, da Istituti chiusi, in Istituti misti, in ospedali, dove gl'infermi abbiano la possibilità di trovare non custodia semplicemente, ma cure ed assistenze speciali per i loro disturbi mentali: i Manicomi non debbono essere, cioè, formati per la sicurezza della Società, essendo i pazzi pericolosi a sè e agli altri,

secondo la formula giuridica, ma come ospedali che curano l'individuo malato di mente.

La differenza è grande: nel caso in quistione noi dobbiamo curare a preferenza gl' interessi individuali lesi da uno stato morboso; ma bisogna, d'altronde, considerare che questi sarebbero soltanto apparentemente in preminenza con gl' interessi collettivi.

Negli ospedali aperti per lievi psicopatici vengono a preferenza accolti gli stati acuti, le psicopatie al loro inizio: ora tutti riconoscono che quanto più precoce è la cura di un malato di mente, tanto più pronta, tanto più sicura ne è la guarigione. Le malattie mentali son di quelle che fanno perdere completamente il valore economico individuale; e nei casi passati a cronicità, l'infermo rimarrà per sempre internato negli Asili a spese delle Provincie, le quali così trovano i loro bilanci enormemente aumentati e con allarmante progressione nell'analogo capitolo. Da ciò la importanza economica per le Provincie sostenitrici di ottenere, anche con sacrifizi, nei loro Istituti, con il miglioramento dei mezzi, una percentuale quanto più grande di guariti, e contribuire alla profilassi delle malattie mentali.

E l'ordinamento dei servizi liberi negli Ospedali psichiatrici toglie un altro inconveniente, che oggi si osserva dal punto di vista sociale, poichè l' infermo venendo dimesso dai Manicomi, come sono ora stabiliti dalla legge, con l' internamento legale, non potrà accudire più in gran parte e come prima ai suoi interessi, molte porte si chiuderanno al suo lavoro, ed è dalla volgare superstizione grandemente danneggiato.

Si ricordi che il problema ebbe inizio durante la guerra immane, che desolò popoli, che distrusse nazioni, che portò milioni di morti, ma che lasciò anche milioni di mutilati, di inadatti: esso deve il suo sviluppo al rapporto di BRUNET, Direttore del centro psichiatrico di Parigi, in cui si faceva notare che di 20000 ricoverati, solo un quarto ebbe bisogno dell' internamento negli asili; il resto, guarito, ritornò in società, al proprio lavoro rimunerativo.

Le statistiche che constatano questi successi in Francia si succedono, e ultimamente nell' Ospedale Lariboisière, nel servizio aperto, su circa 1000 malati con disturbi mentali la percentuale dei dimessi guariti è stata del 70 0|0.

Vi è stata, sì, qualche voce discorde, qualcuno che è contrario a questi nuovi servizi aperti, che si oppone alla divisione di « grands e petits mentaux », che fa anche dell' ironia; ma è

voce isolàta, non autorevole, e che non può attraversare la via al nuovo indirizzo di terapia e d' igiene mentale.

Perchè possano svilupparsi i concetti direttivi di una futura « Lega Italiana d' Igiene mentale » secondo il nuovo indirizzo della tecnica psichiatrica, è necessaria la modificazione della Legge sui manicomi e sugli alienati del 1904 la quale, ammette solo l' internamento per via legale, di ufficio.

È vero che, a simiglianza della legge francese, vi è nella nostra l' art. 53, che permette ad individui maggiorenni, aventi coscienza del proprio stato di alienazione parziale di mente, di chiedere di essere ricoverati in un manicomio, ma il Direttore lo può ricevere in osservazione in caso di assoluta urgenza e sotto la propria responsabilità, dando immediato avviso al magistrato; ma la quistione, nel problema da noi studiato, é differente.

Si tratta di autorizzare psicopatici lievi, o individui affetti da disturbi mentali non pericolosi, di chiedere l' ammissione in ospedali psichiatrici senza l' internamento autorizzato dal Magistrato e con la libertà di poter essere dimesso.

S' intende che negli Ospedali psichiatrici, diretti dai medici specialisti dei Manicomi, a cui vengono aggregati, il primo quesito che si presenta e al quale si deve rispondere è: deve quel dato infermo essere internato nel reparto chiuso ? e data la pericolosità dell' infermo la risposta è evidente.

Non vi è dubbio che in questo caso l' individuo e la Società vengono maggiormente tutelati, per la sicurezza del concetto diagnostico, che non oggi, in cui la diagnosi della psicopatia e la pericolosità dell' infermo è fatta con un esame superficiale e da sanitari generici.

Vi è all'esame del Ministero per l' interno un progetto di legge sui Manicomi, presentato dopo più che due anni di studi da una commissione competente: questa ha ignorato il problema che ci occupa, ma non potrebbe il Ministero aggiungere gli articoli relativi, che permettano la trasformazione degli Asili chiusi in Ospedali psichiatrici con servizio libero per i psicopatici lievi?

E' questo il primo passo che dovrebbero fare i direttori dei manicomi, ai quali sta a cuore la profilassi mentale, il progresso scientifico, che accettano questo nuovo indirizzo di tecnica psichiatrica, questa nuova via luminosa apertasi nel campo della Psichiatria, foriera di notevoli risultati sociali, e alla quale noi, finora, non abbiamo portato che qualche lieve contributo.

Nocera Inf. Novembre 1923.

BIBLIOGRAFIA

1. **Marie** — *Assistance technique aux petits psychopathes* — Thèse de Paris 1921.
2. **A. Autheaume** — *Les principes généraux qui doivent régir l'assistance des psychopathes* — L' Éncephale — 1922. N. 6.
3. **G. Genil - Perrin et E. Diehl** — *Le Congrès d'Hygiène mentale de Paris* — L' Informateur des Aliénistes et des Neurologistes 1922 — N. 6.
4. **H. Russel** — *Le service libre de Prophylaxie mentale a l'Asile clinique* — L' Informateur ecc. 1922. N. 2.
5. **O. J. Raeder** *L'Hygiene mentale et les Hopitaux psychiatriques aux États - Unis* — L' Informateur ecc. — 1922 N. 8.
6. **Crouzon** — *Fonctionnement d'un service de triage neuro - psychiatrique a la Salpêtriere* — XXVII. Congrés des Aliénistes et Neurologistes — Berançon 1923.
7. **Merklen - Minvielle - Hirschberg** — *Comunicazioni alla « Société médicale des hôpitaux de Paris* — 2 - 11 - 923.
8. **R. Charpentier** — *L'hôpital psychiatrique* — Annales médico - psychologiques 1923. N. 1.
9. **P. Courbon** — *A propos de l'hôpilal psychiatrique* — L' Informateur ecc. 1923. N. 3.
10. **H. Rousselle** — *Les services de consultations de triage et de traitement pour psychopates non internés* — L' Informateur ecc. 1923 Num. 3.
11. **F. Del Greco** — *La diagnosi di «pericolosità» negl'infermi di mente.* Note e Riviste di Psichiatria. Vol. X. 1922 N. 3.
12. **E. Ciarla** — *Comunicazione al VI Congresso dei Medici dei Manicomi italiani* — Siena. 1923.
13. **E. Levi** — *Per la prevenzione delle malattie nervose e mentali* — Difesa sociale — Rivista di igiene, previdenza ed assistenza sociale. 1923 N. 11.

Il Maestro e l'Igiene infantile e sociale

Conferenza (1) del PROF. F. DEL GRECO

I.

Voi mi perdonerete, se parlerò sul tema propostomi con qualche libertà, se sarò (in vero) poco aderente al tema — Sono uno studioso di Medicina, e, come tale, andrò ricercando i rapporti che insistono fra *Igiene e Scuola elementare* — Argomento vastissimo. Nel breve giro di meno di un'ora, io non potrò, che delinearlo appena, in tutta la estensione sua. Farò, simile a colui, il quale da un'erma rupe contempla gl'irrigui piani sottostanti e quel colle, lieto di pampini e di oliveti, ed il serpeggiante fiume, le cui acque riflettono le rosse luci del tramonto, volgendo al mare lontan lontano.

Eppure, con viva emozione, tento di scandagliare il ponderoso tema, fra voi, che la fanciullezza del nostro popolo, che le novelle generazioni educate: ne aprite le menti, reggendo gli animi.

Lo sapete — E' impossibile favorire lo sviluppo di una *personalità* qualsiasi, senza conoscere l'organismo ancora. L'individuo umano è « corpo » e « psiche » nel tempo medesimo, è unità. Qualunque opinione, filosofica o religiosa, si abbia intorno alla natura dell'anima e dell'organismo, di questo duplice ordine di fenomeni o di realtà; è certo, che essi sono in rapporti perenni, in *corre-*

---

(1) Al I. Convegno Regionale dei Maestri d'Abruzzo in Aquila — 16 Novembre 1923 — VIII. Tema.

luzione vicendevole. Mutamenti nelle alte cime del pensiero si riverberano, vanno con fluttuazioni organiche; e modificazioni dell'organismo hanno (come il convesso ed il concavo di un'onda) indefettibili spostamenti nella volontà, nello intelletto.

Sì che non possiamo educare, non possiamo seguire lo svolgimento dell'anima infantile, dimenticando, che questa è di un *piccolo, gramo, debole organismo;* legato per fila innumerabili ad un fiero mondo di altri esseri in lotta; tra efficienze naturali diversissime.

In altri tempi si partiva da uno schema di *uomo*, tipico, completo: il così detto *uomo medio e normale.* Il fanciullo era non altro, che un piccolo uomo e nulla più. Come al presente, in certi luoghi rustici, si vestono i bambini e le bambine (quando si vestono) con tutti gl'indumenti ed alla foggia degli adulti, riducendo ogni cosa a proporzioni piccine. Sono quei bimbi, campioni di uomini e di donne adulte: sono tante caricature. Così pensavano dei bimbi una volta.

Al contrario, la indagine psicologica e fisiologica ha dimostrato, che il fanciullo è individuo a sè, diverso dall'uomo adulto, si compie in sè medesimo.

Consideratelo — Anche roseo, bene nutrito, non è bello. Nel suo corpo, in verità, non troveremo, misurandolo, quella *proporzione aurea*, cara agli antichi scultori per le loro statue immortali — E' tozzo: ha l'addome gonfio, troppo pieni e molli i polsi ed i garretti, la testa un po' grossa: sono grandi gli occhi, dominano nella fisionomia: perchè la parte inferiore della faccia non è molto sviluppata. Quel bambino, che in noi suscita tanta tenerezza, è un piccolo essere *addominale, vegetativo sopra tutto.*

In lui è prevalente il sistema nervoso *simpatico*, non quello *cerebrale*: vale a dire, prevale in lui il sistema nervoso della vita, delle funzioni nutritive, e di respirazione, di calorificazione, dei movimenti del cuore e del respiro.

Tuttavia, egli non li ha queste funzioni ed organi, non li ha coordinati, ancora e bene, alla *difesa* dai nemici esterni. Egli non è, ancora, munito e pronto contro i nemici esterni.

* * *

Chi sono i nemici? Lo sapete: sono i microrganismi, minutissimi esseri viventi: sono i microbî, cagioni di malattie per noi, e di cui la moderna Igiene si occupa grandemente.

Una prima barriera di *difesa* alla penetrazione nel sangue di quei microrganismi, è fatta dalla nostra cute, dalla *pelle;* così pure dalle *mucose* delle vie nasali, della faringe; e nel fanciullo quelle vie sono delicate.

Di leggieri nel fanciullo si gonfiano le tonsille, si irritano le glandule linfatiche intorno al collo: glandule che fanno da ostacolo, quando non sono vie di passaggio al male.

E se un gruppo di microbii, o di oggetti estranei, penetra, sotto la cute, *dentro un nostro tessuto irrigato dal sangue?*

Allora, la parte lesa si fa turgida, calda, e molto sangue vi arriva — Dai vasellini sanguigni escono fuori i *globuli bianchi*: i globuli bianchi del sangue, piccoli esseri protoplasmatici, guardie del nostro organismo. Ed assaltano i nemici, li incorporano, li divorano, li sminuzzano.

E si disfanno anch'essi, muoiono quei combattenti, o crescono, diventano giganti talora.

Vi è dippiù. I nemici, i microrganismi, penetrati dallo esterno, segregano un *veleno* per noi. Il nostro sangue a sua volta ne forma *un altro* per essi, che neutralizza quegl'infinitesimi assalitori, li fiacca, li agglutina, e rende inerti.

Tutto questo dramma interno, questo mutamento di globuli, di umori, importa, che siano formati *i centri nervosi, regolatori di esso;* i quali dal «simpatico» hanno rapporti, infine, con il «cervello». Ed il cervello, nel fanciullo, non è appieno evoluto.

Da quei centri uopo è scenda l'ordine (perdonate la immaginosa similitudine), quando penetra in noi il nemico — Non bastano le risorse locali, le prime barriere opposte ai microscopici assalitori. E' necessario, che dalla capitale, dai centri nervosi regolanti il calore interno, la dilatazione delle arterie, i moti del cuore, e via; partano gli stimoli. Ed il fanciullo, ancora, *non ha bene coordinate* queste difese.

Inoltre il suo sangue, il siero del suo sangue non è stato ancora messo alla prova contro quei veleni batterici; in modo da esserne *vaccinato*, da opporre agevolmente a *quei veleni* gli *antiveleni*, dal sangue elaborati e fatali ai microscopici nemici.

Il fanciullo è, più dello adulto, preda alle infezioni; come la scarlattina, il morbillo, il vaiuolo, il crup, la tubercolosi: nemici sordi, nascosti, sparsi dovunque.

Ecco, una bimba, dai capelli ricciuti, bene nutrita e gaia, menata dalla campagna salubre per i tram, per i cinematografi di

una grande città — E' accolta con il sorriso dovunque: la baciano, le fanno carezze, l'ammirano — Ahimè! — Quegli amplessi fanno passare sulla piccina segrete infezioni: i nemici sono nel bacio, nelle mani, di quelle inconsapevoli ammiratrici, le quali vivono fra la polvere di un'agitata metropoli.

La bimba, all'improvviso, è presa da febbre altissima: muore — E' la storia di ogni giorno. I bimbi è necessario siano tenuti nell'ambientei, in cui crebbero sani.

* * *

La moderna Batteriologia svela, che, dappresso ai *casi gravi*, tipici, di tifoide, di scarlattina, ecc.; vi sono i casi *lievi*. Le tonsille, la gola di tanta gente, che vive in una regione infetta; ha quei microbii e ne prova o *lieve sofferenza* o *nessuna* — Si che, in un abitato, colpito da epidemia, vi sono gl'infermi gravi, e, poi, *una larga zona d'individui*, più o meno lesi, inconsapevoli del male.

Talvolta la infezione pare esaurita: moltissimi se ne sono vaccinati, altri la portano sempre più tenue: ma *tenuità* non vuol dire *fine*. Chè le vaccinazioni vengono meno, e ripullulano da quella sfera semilesa, e prendono inizio novelle crisi ed episodii infettivi gravi — Ciò spiega, perchè la « influenza », ad esempio, non finisce mai: si nasconde e riappare funesta.

Ora, immaginate l'ambiente scolastico: bambini, venuti dalle case e dai paesi più diversi ed in pessime condizioni igieniche: qualcuno con le tonsille, con le glandule al collo gonfie: altri con un po' di tosse; altri che sentono peso alla testa e sono distratti ed inquieti, od hanno diarrea. Possono essere *portatori* di *morbi* e possono ledere gravemente i colleghi sani — Chè i sani (lo ripeto) sono le vittime prime di una infezione — Lo dimostra la sorte dei popoli selvaggi di lontane isole saluberrime del Pacifico, ad esempio; presso cui la nave europea portò, nascosti nei fianchi suoi e con il dominio e l'armi omicide, portò i germi della tubercolosi. La tubercolosi in brev'ora distrusse quell'ignaro popolo.

Un primo ordine di norme igieniche si derivano, adunque, per il Maestro e per la Scuola, da ciò — Andiamo oltre.

II.

Il fanciullo è un essere che si sviluppa: sotto i nostri occhi cresce, si trasforma. Lo sapete: egli incomincia a formarsi nell'utero materno e dalla vita intrauterina passa alla vita di fuori.

Mentre *nell'adulto* (essere già formato), gli stimoli e le cause morbose fanno sì, ch'egli se ne difenda, lotti, porti in sè alterazioni anatomiche (segni della patita battaglia); vinca, o soffra lungamente o muoia: *nel fanciullo*, il sottile nemico, quando non uccide, nè distrugge; devia, ne perverte lo sviluppo organico complessivo. Lo deforma: fa sì, che quella giovane pianta venga su, distorta, mostruosa o strana. Ed. allora, si dirà, che quel bambino è un «anomalo», od alcunchè di simile.

Nessun uomo fisicamente è perfetto: nessun organismo è evoluto bene del tutto, con euritmia piena. Ma in ciò vi sono gradi, dalle tenui alle massime irregolarità.

La Scuola non deve accentuare queste ultime — Quindi, a ragione, si è gridato contro la immobilità assoluta nelle lunghe ore di lezione; si è gridato contro la poca aria e manchevole luce e polvere di alcune aule scolastiche. Si è posto mente alla distanza e posizione fra leggio ed occhi dell'alunno, per non accrescere la *miopia* in quelli che vi erano predisposti. Hanno fatto saggi per la miglior forma di sedili, allo scopo di evitare le *deviazioni della colonna vertebrale* nei fanciulli rachitici. E si è detto, che, in una con la educazione morale ed intellettuale, urgeva una *educazione fisica*.

. . . .

Al presente il gran pubblico si commuove davanti alle nuove Olimpiadi, ai Boxeurs, alle corse velocissime di automobili — La vita fisica ha, per noi, diritto ad espandersi in una con quella dello intelletto e del sentimento. Dopo tutto, con frase un po' esaltata diremo, che la gioia è nei muscoli, nell'esercizio muscolare.

E' questo l'obiettivo, cui mira soltanto la Educazione fisica? — Non mi sembra — L'obiettivo è ben altro — Con la educazione fisica gl'insegnanti punto desiderano, che venga su una genera-

zione di « atleti »; bensì *uomini e donne, sane e vigorose* — Ecco tutto — Gli atleti, i quali ebbero da natura disposizione a maggior copia e vigoria di muscoli, non sono i più robusti: presentano, spesso un torace male formato, lungo; e, di leggieri, vanno incontro a bronchiti croniche, od (infine) alla tubercolosi.

I movimenti all'aria libera, la corsa, il salto, la lotta, e via, sono esercizi muscolari, che non hanno, o poco hanno, scopo per sè medesimi. Volgono a fare bene sviluppare i polmoni, a rendere puro il sangue con onde di ossigeno, a far si che la persona tutta si erga, diritta, equilibrata.

La educazione fisica deve avere, a primo momento, lo esame delle *particolarità organiche* di ogni alunno — Non a tutti conviene lo istesso esercizio — Punto si vuole, che debbano praticarsi tanti esercizi diversi per quanti alunni vi sono. I movimenti, sincroni, delle masse, hanno importanza. Ma il punto di partenza deve essere quello: *lo studio medico di ogni soggetto: scartare alcuni, proporzionare la specie ed il lavoro di altri.*

All'uopo sono in grande considerazione le passeggiate ginnastiche, gli accampamenti di estate sulle spiaggie marine, od, in alto, sui monti — Nel Congresso Internazionale di Educazione morale, tenuto a Ginevra, nel Luglio-Agosto 1922; molto e favorevolmente si parlò dei *giovanetti esploratori*, non solo per il « vantaggio fisico »; bensì, ancora, per il « lato morale », come educazione alla disciplina, al comando, alle pronte deliberazioni ed al sentimento di responsabilità.

* * *

Non si obblii, che vi è compenso e scambio fra *lavoro fisico* e *lavoro mentale:* giova mettere in proporzione l'uno con l'altro. E si cerchi di *non stancare* il fanciullo. E' noto, che, alla scuola, i primi segni della *fatica* si rivelano con il frequente ammiccar delle palpebre, con la irrequietezza. E poi, *quando la fatica è grave*; con sonnolenza, con lassitudini delle membra, e diminuzione di peso nel corpo, ecc...

L'insegnamento, che più interessa e meno stanca, è quello per *imagini*, è il vedere — In proposito occorre un esame della *vista* ed, ancora, dell'*udito* di ogni alunno. Le inchieste, fatte su ciò, in Francia, in Germania, hanno pôrto risultati da impressionare. Sono

numerosissimi i fanciulli, difettosi nella *vista* e nell'*udito*, scambiati per poco intelligenti.

Lo esame dei muscoli, dell'ossatura, dei sensi, bisogna completarlo con quello degli organi interni e delle *funzioni vegetative*. In molti bambini il mangiare, il bere, le attività escretive sono irregolari: molti stentano a contenersi. Ed è importante conoscere quelle manchevolezze in ogni alunno.

Altra cosa necessaria (e ciò vada per i Collegi) è questa, che i fanciulli *dormano*, che abbiano *sonni riparatori* — A ragione molti igienisti insistono sul fatto, che il fanciullo *dorma a sufficienza* — Fino ai 14 anni occorrerebbero dalle 11 alle 12 ore di sonno al giorno — Non si dimentichi, che le funzioni nervose e psichiche sono intermittenti; sono come arco, il quale va su e discende nel queto lago del sonno che ristora.

Il fanciullo è un essere che si forma, che cresce, in cui l'elemento plastico, di accumulo materiale, uopo è sia notevolissimo. Egli deve mettere « carni », come volgarmente si dice. — Nella quiete del sonno, dominano, sulle attività disintegrative organiche, di estrinsecazione neuro - muscolare e psichica; dominano quelle di accumulo, di riparazione e di conservazione corporea.

*
* *

Vi è parallelismo fra un bimbo, *sviluppato bene nel corpo*, bene formato, e la sua *capacità intellettuale?*

Alfredo Binet (il geniale psicologo francese, di cui lamentiamo la perdita immatura) ha largamente indagato queste e molte altre questioni di Psico - pedagogia. Egli dice:

Considerando, qua e là, singoli individui, troviamo che il parallelo non si verifica. Tutti lo sanno. Alcuni magnifici bambini possono essere dei buoni a nulla, dei perfetti sciocchi.

Però, se consideriamo, non individui singoli, ma *gruppi di individui;* se consideriamo 50, 100 fanciulli, *bene formati;* fisicamente evoluti; paragonandoli ad altri 50, 100, *male formati;* si rivela immediatamente il fatto, che il *benessere fisico va con quello intellettuale.*

Non altrimenti pensa il nostro Alfredo Niceforo nella sua *antropologia delle classi povere.*

Dolorosa questione!

I sofferenti nel corpo e nella psiche sono figli della miseria o

di famiglie, di stirpi in decadenza. Da ciò quegli aiuti, posti in opera da tante benefiche Istituzioni sociali: così, l'offrire un pasto, in iscuola, ai bimbi, i quali crescono male per insufficienza di alimentazione nelle loro case.

*
* *

Durante l'Ottobre dello scorso anno, si è tenuto a Milano un Congresso Internazionale di *Psico - Tecnica*. La Psico - Tecnica cerca di applicare i metodi della Psicologia ed Antropologia individuale allo studio delle *attitudini* di ogni soggetto, per questo o per quel *mestiere* o *professione*.

Lo si sapeva da un pezzo, che per fare il *macchinista ferroviario*, ad esempio, occorreva normalità di *visione ai colori: scambiare il segnale d'un colore con quello d'un altro*, sarebbe stato, in molti casi, condurre il treno alla rovina.

Ora ogni mestiere importa, in chi vi si adopera, un organismo adatto: particolari attitudini muscolari, di statura, di capacità toracica; e *particolari sviluppi di intelligenza*.

Diverse sono le capacità *visive* ed *uditive*; diverse le *memorie* in ognuno di noi. Vi è chi da natura ha tendenze per il *disegno*: altri per la *musica*: altri per le *matematiche*, ecc. Tutte varietà di attitudini, che importano *capacità fisio - psichiche iniziali*, *costituzioni diverse*, in questo o quello individuo, e *su cui l'esercizio opera*.

Giova incominciare dalla fanciullezza: esaminarli da quella età. Così dicendo, non è che si voglia fare della vita sociale un mondo di *specialisti*, benchè di specialisti ne occorrano e grandemente. Devonsi conoscere gli eccessi ed i difetti, organici e psichici, di ognuno, per avere una direttiva efficace nello istruirli e nel formarli.

Gran numero di bambini (l'ho detto or ora) sono dichiarati *non intelligenti*, perchè difettosi nella vista e nell'udito; altri sono considerati ragazzi di genio, perchè con *memoria forte dei numeri*, mentre sono inetti in faccende di senso comune; altri commettono errori di *ortografia* e di *pronunzia*, quantunque esperti in moltissime cose. Vi sono fanciulli, *puniti* molte e molte fiate, perchè distratti, instabili, poltroni. E' non sempre per cause bene evidenti.

Moltitudine di fatti e di questioni, intorno a cui bisognerebbe

scorgere un pò chiaro veramente. L'individuo umano, per sè, è un essere disarmonico, con sviluppi e deficienze, con morbosità iniziali od evolute, le quali hanno una influenza grande sulle *attività sue psicologiche.*

Ora, di tutto ciò, qualche cosa sarebbe opportuno, che sapesse il Maestro; che qualche cosa conoscesse sui *disequilibrii psico-morbosi* e sul *nervosismo* nei fanciulli.

III

Lascio da banda molte questioni, ed i tipi di fanciulli *deficienti* o *folli* od *anomali gravi.*

Mi restringo a questa domanda: Che cosa intendiamo per «nervosismo» nei bambini? Quando un fanciullo lo diremo *neuropatico, nervoso?*

Parole vaghe invero; ciò non di meno è necessario dare ad esse un senso preciso.

Diciamo «nervoso» un bambino, *eccitabile,* che *reagisce* più prontamente e rumorosamente degli altri, davanti a nuove o comuni impressioni. D'ordinario la reazione è *emotiva*: egli si fa pallido o rosso in volto, trema, piange per un nonnulla. Con la maggiore eccitabilità va la irrequietudine dell'animo suo: egli dice, indica di avere sofferenze fisiche; ha bisogno di uscire spesso dalla classe.

E' fantastico, non è punto esatto nel raccontare le cose; avanza, di leggieri, piccole *bugie.*

Vi è in lui poca uguaglianza di contegno: ora sta attento molto, impara agevolmente; ora è distratto, divagato; ora pieghevole, ora testardo o ribelle. Ha simpatie ed antipatie vivaci, piccole crudeltà o tenerezze eccessive.

Mangia in casa ad ore inconcepibili e le cose più disparate, respingendo il cibo assegnatogli. *Dorme* troppo o dorme pochissimo e *sogna* molto.

∴

Nel bambino vi sono, all'inizio, tutti i disordini nervosi funzionali e le morbosità psichiche, che negli adulti riescono a *forme cliniche* definite; vi sono in germe, iniziali, male distinte; e, qua

e là, si accennano variamente, ora per l'uno, ora per l'altro sintoma.

Tuttavia dal quadro riassuntivo, sovra esposto, distingueremo alcune figure caratteristiche.

Vi è il fanciullo *emotivo al massimo grado:* si spaventa per un nonnulla, ha paura di tutto, cade in tormentose angoscie, fino al punto da avere convulsioni, stringimenti alla gola ed a sudare freddo e svenire.

Il fanciullo (dissi a principio) è sotto il dominio del *sistema nervoso simpatico.* Sono questi (a prevalenza) i centri nervosi delle emozioni; sono l'apparato risonatore, rinforzatore, dei moti d'animo: apparato, che nel fanciullo opera senza *inibizioni* cerebrali elevate.

Nei fanciulli, molto emotivi, lo sviluppo della glandula *tiroide* è notevole: magri, alle volte, tutt'occhi; alcuni sono intelligenti assai, altri no. Fra questi vi è chi non fa altro che muoversi: si abbandona a smorfie, ad atti incoercibili; o presenta, alla fine, *accessi coreici* evidentissimi, vale a dire una infezione che mette in disordine i movimenti dei muscoli del volto, delle mani, delle gambe.

Con questi bimbi uopo è si vada adagio: non maltrattarli, adoperar con essi mitezza ed animo, calmo, sereno: mai rinchiuderli in luoghi oscuri e spaventarli con racconti di streghe, di lupi mannani, e con simili schiocchezze.

Vi sono fanciulli, *torpidi,* sonnolenti, dalla reazione tarda: ingrassano, hanno insufficiente funzionalità della glandula tiroide. All'estremo di questi apatici, che possono essere anche intelligenti e laboriosi ed un pò sornioni ed egoisti; si trovano i massimi apatici, i gozzuti o cretini.

Vi hanno fanciulli, ora giocondi, ora tristi: la loro vita è un oscillare dalle espansioni, dal riso; alle tristezze ed alle inerzie incomprensibili.

Altri fanciulli o fanciulle sono *isterici* — L' isterismo è riposto nella potenza della *imaginazione* nostra sull'organismo. Mi spiego. Vi è, in noi la imaginazione, la rappresentatività dei *fatti esterni* e quella degli *stati organici,* di benessere e di malessere, generale, od in questa o quella parte del nostro corpo.

La prima si noma imaginazione *obiettiva;* l'altra la diremo, poco esattamente, imaginazione *subiettiva.* Nell' isterico domina la imaginazione subiettiva, quella del proprio corpo. Il bambino crede

di essere ferito ad un dito della mano, di aver male allo stomaco, e piange e strepita, facendo l'atto di venir meno.

Oltre a ciò, in una con la tirannia della imaginazione subiettiva; si esplica in lui un talento di *espressione* notevolissimo. Recita tutta una scena, e, recitando, *crea avvenimenti e casi*, di cui sarebbe stato l'eroe o l'eroina e la vittima, senza che mai quegli avvenimenti si sieno verificati.

Egli si trasforma sotto i nostri occhi: l'attitudine alle *espressioni*, in una con la mutevolezza della *sensibilità* ed *imaginazione subiettiva* fa sì, che egli viva in preda a cangiamenti perenni, che si plasmi ognora; come se fosse, non un essere, una *persona* sola; bensì una molteplicità di « persone », o di accenni, di spunti di « persone ».

Piccoli istrioni inconsapevoli! La commedia, che recitano, non è commedia, per essi, in verità; e li disordina, li fa soffrire o godere sul serio. Altre volte sono mezzo inconsapevoli; o furbi, infine, simulatori; o tutto questo nel tempo medesimo.

Capricciosi e *suggestibili*, in grado massimo, paradossale; sono, come cera, su cui [per vie talvolta misteriose] gli esempii, le circostanze famigliari, le piccole debolezze ed il volto imbronciato dello istitutore, hanno una influenza solenne.

Dappresso ai fanciulli isterici vi sono i fanciulli *psicastenici*. In questi domina la imaginazione subiettiva, ma non prende la via dello *espressioni*. La imaginazione subiettiva alterata li fa depressi, gemebondi, monotoni; o cupi, plumbei. Per questi fanciulli ha grande influenza una parola di conforto, come una sgridata od un volto arcigno. Essi, davanti ad una prova di esami andata male, ad una punizione (anche lieve), agitano (talvolta) idee di suicidio o si uccidono davvero.

∴

Fanciulli che si uccidono!

Quanta tristezza e quanta miseria, fisica e morale!

E la miseria, la tristezza la osserviamo in quelle loro figure, dalle gambe sottili, la testa un pò grossa, le dita delle mani, ischeletrite e magre: gli occhi, grandi, dilatati, fosohi con scintillii selvatici!

Non di rado sono vestiti poveramente: su essi non vi è traccia di un'affettuosa mano di donna, che annodò quella cravatta, ricucì l'estremo lacerato del vestito, rassettò quei riccioli di capelli, in disordine sulla fronte!

Vengono da famiglie, sconvolte dalla eredità morbosa, dal vizio, dai disordini d'ogni specie, dall'alcoolismo.

Quel fanciullo è figliuolo di un alcoolista. Vedi, come cerca avidamente di vuotare, di soppiatto, il bicchierino di rosolio o di marsala, dimenticato colà: avido, come una bestiola assetata, si attacca all'orlo di un bicchiere di vino.

In casa vide scene miserande: il padre in furore, ubbriaco; la madre, scarmigliata, sudicia, disonesta. Ed egli tremò sotto le lenzuola a quelle grida: fece sogni orribili, si destò piangendo, mise alti gemiti, preda di un incubo angoscioso.

Questo fanciullo è irreparabilmente triste: per un nonnulla vuole uccidersi — Un altro, anche figliuolo di alcoolista, è vigoroso, forte, cinico, malvagio: prende a sassate i vecchi cadenti ed i cani, randagi e magri, lungo le strade campestri — Un altro è vagabondo, non vuole occuparsi; perchè ha in sè lo spirito dell'avventuriero: va lungi da casa e finirà nella delinquenza professionale.

* * *

Lo spettro della Degenerazione, fisica e morale, si erge davanti a noi. Il Maestro non certo lo dimentica.

Nel Congresso Internazionale *contro l'alcoolismo*, tenuto a Milano nei giorni del Settembre del 1913; il Prof. Aubert, di Parigi, espose tutto un programma di *Istruzione antialcoolica*, da porre in opera con i fanciulli, allo scopo di suscitare in essi il disgusto e l'orrore degli alcoolici e verso qualsiasi inebriante, il quale eccita e fiacca i cervelli nell'agitata, tormentosa società contemporanea.

Diceva Leone Tölstoi: Pensate in quante rionioni di uomini (e di donne talvolta) fanno da stimolo, da lievito e conforto il vino, e gli alcoolici più diversi! Quasi tutti gli atti collettivi nostri sono, per tal modo, compiuti in istato di semiebrezza, di semiresponsabilità!

Quanto senno o misura attendersi da cervelli di uomini semiintossicati?

L'argomento è tormentoso, assillante. Mi arresto qui e mi affretto a conchiudere.

IV.

La Medicina scientifica contemporanea non è più, come quella dottrinaria, o come la Medicina popolare o delle genti, che vivono in barbarie — Racconta qualche esploratore africano o vissuto in comunanza di popoli selvaggi, che il medicare una ferita a qualcuno di questi ultimi con una serie di pazienti cure; non destava simpatia o riconoscenza nel beneficato. Costui mal si piegava a quelle manovre incresciose; e sorrideva, alle volte, con ischerno e malumore. Perchè? Non voleva guarire? Il selvaggio amava di essere guarito: ma riteneva, che l'uomo bianco lo potesse liberare dal male con esorcismi, ovvero con altro mirabile ripiego, e di un subito, senza quei tormentosi indugii.

Ecco il modo di pensare comune, anche presso il nostro popolo inculto.

Lo si dice: *superstizione* — È la credenza di potere tutto ottenere con mezzi subitanei, misteriosi, incomprensibili; la credenza nei successi, rapidi, fulminei, lungi dal corso della esperienza.

La indagine scientifica va per opposto cammino: avanza, provando e riprovando, con lento, tenace, affannoso lavoro.

Di simil natura è la *Medicina*, è la *Igiene Moderna*. È una ricerca, lunga, fra correzioni ed errori, delle *piccole* e *grandi cause dei morbi:* si adopera a scovrire, ad avvisare i principii, *gl' inizii di una malattia* nelle deviazioni del corpo e della psiche: deviazioni, le quali sfuggono all'universale. E *corre ai possibili rimedii*, prendendo un giro anche lontano.

La Medicina e la Scienza contemporanea non sono opera di pochi individui: *invocano schiere di studiosi*, studiosi innumerevoli, di grado e specie diversissima, *cooperanti* al magnifico Ideale.

Il Maestro deve avere il suo posto, anche lui, tra queste schiere. Egli deve imparare a conoscere nei suoi discepoli i primi segni di una salute cagionevole, fisica e morale: egli deve, invocando il consiglio e l'opera del medico, allontanare dall'aula sua tante cause di malattia.

Combattere gl' inizii dei morbi nella classe; nei costumi; nel modo di vivere di quei piccoli esseri. E, quindi, uopo è *prenda*

contatti con le famiglie E le illumini: snebbi quegli intelletti, oscurati, inconsapevoli, vittime di superstizioni e di errori.

Maestri, voi siete all' avanguardia della Civiltà! Sentinelle, avanzate e solitarie, entro la selva selvaggia della ignoranza! — Io vi veggo sperduti in paeselli remoti: io vi contemplo, o faticosi artefici della Istruzione! — Vivete senza conforti, senza considerazione da parte del vulgo (elevato od umile) che non vi comprende.

Lavorate animosi!

L' opera vostra è feconda. Essa discende, pari a raggio di luce, sulle inquiete teste di bambini e di bambine sorridenti, i quali domani saranno uomini e donne, e porteranno la impronta della Istruzione, della Educazione, che ad essi porgeste; la porteranno lungi, fuori d' Italia, colà, sulle spiaggie delle Americhe o dell'Australia remota.

Direte ad essi, insegnerete, che il successo nel mondo si ha, con un metodo, simile a quello della Scienza, ora ricordato; si ha, con il lavoro, tenace, paziente, a grano, a grano: lavoro di vittoria sulla ignoranza e sui nostri pravi istinti; di disciplina, di ordine, di autonomia e di spontaneità morale.

E, Voi, abbiate fede nello storico destino di questa Risurta Italia immortale; erti gli sguardi verso l' alta luminosa meta di una sempre maggiore diffusione di Coltura e di Bene, per un sempre maggior numero di uomini.

MANICOMIO PROVINCIALE DELL'AQUILA
Medico direttore Prof. F. Del Greco

ISTERISMO TRAUMATICO

SIMULANTE UNA SINDROME DI WEBER

Contributo clinico pel Dott. **PRIAMO NURZIA**
Medico di Sezione

Il caso clinico che presento, pur rientrando nel novero frequente e proteiforme delle neurosi istero - traumatiche mi sembra degno di considerazione perchè inquadrando una sindrome peduncolare, in un primo tempo, trasse in errore altri distinti osservatori in riguardo al concetto sintetico della verità scientifica, sì che ad essi, sembrò trattarsi di una forma di natura organica senz'altro, errore in cui non sarebbero incorsi se, sovratutto, non avessero sorvolato sull'elemento psicologico.

Medicina, Neurologia, Psichiatria, sono tre unità inscindibili ai fini pratici della Scenza, e la Neuropatologia (ben dice il Morselli) ha compiuto reali progressi, specie nel campo della « neurosi », quando si è fatta psico - patologia.

∴

Angelina C. — di anni 28 — Contadina — Cultura elementare — Maritata senza prole.

Anamnesi

Il padre abusò di vino in gioventù, violento quando era sborniato — Madre morta di cancro all'utero.

La paziente pare abbia sofferto nella prima giovinezza di pleurite.

A 19 anni si sposò — A 21 avrebbe sofferto di peritonite ed ancora di pleurite.

Non ha mai avuto gravidanze.

In questi ultimi anni la sua vita coniugale è stata gravemente amareggiata, dal fatto che il marito l'ha abbandonata per altra donna. Con questa pare anzi la sorprendesse una volta in flagrante adulterio — Onde tristezze infinite; scene di gelosia continua, grave e continuo patema d'animo, fino a che un giorno, in una di tali liti, il marito, sembra con uno spiedo, la colpì in un occhio attraverso la fessura di una porta, dietro cui eransi rifugiata per sfuggire alle sue minacce, e dietro cui si era messo a spiarlo.

Ebbe momenti di grave emozione, e dopo il colpo nell'occhio, cadde a terra sul lato sinistro, quasi svenuta.

Provò poi a rialzarsi ma non vi riuscì ed ebbe la sensazione che tutto il lato sinistro del corpo fosse morto: spaventata chiese aiuto e dagli stessi famigliari fu portata a letto.

Ad egregi Colleghi che la visitarono, fu constatata una piccola ferita lacero - contusa alla palpebra inferiore dell'occhio destro ed ecchimosi di ambedue le palpebre e fatti paralitici importanti distribuiti in modo tale da far concludere per una *sindrome peduncolare* e cioè: emiparesi di moto e di senso a sinistra e paralisi completa dell'oculomotore di destra. Inoltre fu osservata una differenza notevole della pressione fra le due arterie radiali, la destra maggiore della sinistra.

La sindrome fu giudicata di *natura organica.*

Da cinque mesi i suoi mestrui sono irregolari: ora anticipanti, ora mancanti, poveri di sangue scolorato — Ha sensazioni dolorose alla regione ovarica sinistra, propagantesi allo indietro.

Accusa pesantezza negli arti di sinistra, senso di peso alla metà sinistra del corpo — Paracusie (fischi) ed ipoacusia a sinistra. Diminuzione del visus a destra con astenopia accomodativa.

Insonne, giacchè è tormentata da idee tristi al ricordo dei maltrattamenti subiti nella famiglia di suo marito ove dimora tuttavia — Crede che quelli vogliano la sua fine — Non la vedono di buon occhio, la disprezzano, l'accusano di fingere i disturbi di cui realmente soffre.

Eseme obb ettivo

Dal punto di *vista somatico* è una donna ben costituita e con pannicolo adiposo assai abbondante: tuttavia nelle forme euritmica.

Ha una piccola cicatrice sulla metà interna della palpebra inferiore dell'occhio destro, cicatrice che si nasconde fra le pieghe naturali di quella.

Lato sinistro più freddo del destro — Toni cardiaci parafonici, a volta aritmici e di frequenza irregolare.

Esiste una marcata differenza nella pressione delle due arterie radiali: a destra polso pieno, valido, a sinistra molle, piccolo, ma sincrono con gl'impulsi cardiaci.

Le aritmie e la frequenza variano a seconda dei diversi momenti in cui si osserva la malata, certo anche per fatto emotivo.

Nulla a carico degli organi polmonari ed addominali —

Nulla di patologico nelle urine — Reazione Wassermann negativa — Cura mercuriale negativa.

Sistema Nervoso — Clono palpebrale in ambo i lati — *A destra* si nota: rima palpebrale un po' più piccola della sinistra; lieve ptosi palpebrale; astenia del muscolo retto interno — A luce moderata la pupilla è più ampia che la sinistra e torpida alla luce ed all'accomodazione — Ambliopia — Restringimento regolare e concentrico sia per il bianco che per i colori. del campo visivo — Esame oftalmoscopico negativo — Lingua deviata a destra, Integra la favella — A sinistra: commessura labiale un po' più bassa della destra — Lievissima emiparesi di moto degli arti senza alterazione dei riflessi tendinei in contrasto con rilevanti disordini della sensibilità e cioè: completamente assenti le sensibilità tattile, termica, vibratoria in tutto il lato sinistro. Senso stereognostico meno preciso a sinistra. La sensibilità dolorifica è diminuita alla faccia ed all'addome sinistro: abolita in tutto il resto di detto lato —

La compressione di alcune zone isterogene riesce assai dolorosa — Andatura un po' strisciante — Non Romberg — Nessuno dei piccoli segni caratteristici delle emiplegie organiche.

Nel campo sensoriale a sinistra ipoacusia, iposmia, ipogeusia.

Funzioni psichiche — Nella mente è lucida — non regge ad una conversazione che reclami qualche sforzo di attenzione: v'è in lei grande emotività, certo torpore e tristezza lieve che vanno con uno stato florido della nutrizione generale: nonostante i suoi guai ella mangia, dorme, è quieta; ha risposte fini, è intelligente, sa fare tante piccole cose, cuce, si presta a lavorare, è religiosa, docile ma distratta ed a volte apatica, semidesta al mondo esterno.

Epicrisi

Dall'esame precedente viene su un fatto imponente, decisivo dal punto di vista diagnostico: la specialissima *anestesia sensitivo-sensoriale* sinistra, piena. completa per le varie sensibilità e per le altre funzioni di senso superiore, quali l'udito, l'olfatto, il gusto: tagliata con grande precisione nella metà sinistra del corpo della inferma e *per nulla proporzionata ai disordini motori di quel lato:* disturbi questi che si limitano a fenomeni sub-paretici per i movimenti del deambulare (andatura strisciante) del prendere con la mano ecc...

Inoltre malgrado l'anestesia vi sono, nello stesso lato sinistro, *zone*, in cui la sensibilità dolorifica è meno lesa: anzichè anestesiche, sono *ipoestesiche*, zone che bisogna andare cercando con diligenza e con qualche sorpresa della malata, poichè le ignora. Evvi ancora zone iperestesiche (ovariche, capezzoli) ed il fatto che la lingua devia verso il lato opposto della emiparesi.

Questa infine non si accompagna a disturbi trofici: nè esiste alcuno dei piccoli segni che si riscontrano nelle emiplegie di natura organica, a destra poi lieve ptosi palpebrale, astenia del retto interno del bulbo oculare, torpore del riflesso pupillare alla luce ed all'accomodazione, diplopia. Diminuzione del visus e restringimento, regolare e concentrico, pel bianco e per i colori, del campo visivo.

Esame oftalmoscopico negativo.

Indubbiamente ci troviamo di fronte ad una sindrome istero-traumatica, concetto, che ci viene rafforzato dal *caratteristico disturbo vasale* per cui la tensione arteriosa destra è notevolmente maggiore che a sinistra oltre che della grande variabilità della stessa.

La figura psichica della inferma poi, che si inquadra con i fenomeni sensitivo-sensoriali e motorii e vasali sopra notati, ne compie il quadro specialissimo.

Per tutto ciò vi fu una preparazione psichica: il tormento della gelosia, l'essere stata abbandonata dal marito, spettatrice dei suoi amori incestuosi ed il non potere far nulla.

Vi fu nella sindrome in discorso un momento iniziale ed una causa determinante ultima: la ferita all'occhio con i disturbi che in questo seguirono.

La punta dell'arma feritrice certo dovette arrestarsi ai primi tegumenti di quella regione: è impossibile supporre che sia andata molto addentro: ne sarebbero venuti altri e gravissimi guai. Probabilmente dovè investire la superficie del bulbo oculare, irritarlo alla periferia e ciò, *trauma fisico*, fu stimolo ai disordini nervosi oculari da essa presentati, in unione al *trauma psichico*, prevalente.

L'emozione della lite che precedette, e, al momento del colpo, la *terribile idea di essere accecata*, determinò in questa particolare inferma, predisposta ad isterismo, i disturbi paretico-accomodativi per autosuggestione morbosa - autosuggestione rafforzata poscia dalla lividura e tumefazione delle palpebre, da sintomi di irritazione periferica e dalla ptosi.

Vi era in lei una predisposizione organico-psichica, poichè oltre le cause morali, dianzi accennate, essa aveva già sofferto, in passato, lunghe ed esaurienti malattie. Il suo organismo era affaticato, preparato. Seguì il trauma. Essa fu colpita nell'occhio destro e cadde sul lato sinistro: due vie di entrata all'autosuggestione morbosa vi furono e quindi due centri sindromici neuro-psichici.

E' noto che la isteria, secondo i recentissimi studii; è malattia a prevalenza psichica; però della psichicità nostra sub-inconsapevole, che si sottrae ai poteri direttivi della volontà ed autocoscienza. Una forte emozione, suffragata da circostanze speciali, è pari ad un colpo di catapulta sulla mal contesta *personalità* della *predisposta* e ne dissocia la personalità.

Questa si sdoppia, come se divisa in due persone, la consapevole, l'abituale, più piena ed operosa ed intelligente in rapporto con il mondo esteriore e che vive la ordinaria vita: ed un'altra personalità, nascosta sotto la prima, che risulta di un complesso di atti e di sensazioni e sentimenti ed imagini coordinate. Due individui, scissi, quantunque per alcuni lati in connessione parziale. E' necessario questo secondo individuo psichico, quello morboso, ricacciare nella tessitura del primo, è necessario unificare la sdoppiata persona.

Tutto sommato, l'isterismo, come hanno stupendemente illustrato JANET, BINET, SOLLIER, BABINSKI, GILLE DE LA TURETTE, e molti altri, è uno stato di *menomazione*, di *astenia cerebrale*, su cui bisogna operare con accurata psicoterapia e con cure fisiche diverse.

La isteria quindi è una malattia seria e non ha da fare con la simulazione intenzionale dei delinquenti.

Le simulazioni isteriche si dicono simulazioni per metafora: ma sono troppo profonde e superiori al volere ed alla consapevolezza del soggetto per dirsi simulazioni a rigore.

Nel caso illustrato potrà aversi una guarigione, ma questa non potrà mai essere completa: residuerà nell' inferma alcunchè di depresso; se non di menomato « dal punto di vista psichico ». Del resto è ciò l' inconveniente di qualunque malattia grave sofferta.

Per ora ostacolano la guarigione appunto lo stato famigliare affatto tranquillo, della malata e tutto un enorme complesso di preoccupazioni e residni emotivi e paure che la tengono sospesa, e le tolgono quella calma necessaria, qualla gaiezza e pienezza e pace dello spirito che urgono per superare quella condizione mentale torpida e triste in una, che l'assedia, necessaria alla reintegrazione della sua dissociata personalità.

CONGRESSI

XVI. Congresso della Società freniatrica italiana

(Roma 5 - 7 aprile 1923)

La Società Freniatrica Italiana tenne a Roma il suo XVI Congresso, con l'intervento di numerosi alienisti e neuropatologi: fra questi i Proff. Sen. LEONARDO BIANCHI, MORSELLI, MINGAZZINI, RONCORONI, COLELLA, BESTA, COLUCCI, DE SANCTIS, ecc.

Aprì il Congresso il Presidente della Società Prof. ENRICO MORSELLI che, traendo occasione dalla circostanza che il Congresso di Roma coincideva con il cinquantenario della fondazione della Società freniatrica, ha esposto la «Storia e sviluppo della Psichiatria in Italia durante l'ultimo mezzo secolo».

Assunto alla Presidenza del Congresso il Prof. MINGAZZINI, questi, in un brillante discorso, riafferma l'unione indissolubile fra clinica ed anatomia patologica, come unico fondamento del progresso delle discipline mediche, ed augura che i lavori neuropsichiatrici italiani riprendessero la via classica segnata dell'immortale MORGAGNI, deplorandone l'odierno abbandono.

Vi sono state notevoli comunicazioni:

BALDI (Napoli) — Istinto e neurosi.

ALBERTI (Pesaro) — Isolamento e cura dei tubercolosi nei manicomi.

DEL GRECO (Aquila) — L'idea di costituzione in Psichiatria.

SANGUINETI (Genova) — Ricerche psicologiche e psicometriche in parkinsoniani postencefalitici.

SALMON (Firenze) — La bradicinesia postencefalitica.

RONCORONI (Parma) — La dottrina dei campi cito - architettonici nelle malattie mentali.

M. TREVES (Torino) — Psiconeurosi, criminalità e pazzia.

D'AYALA (Roma) — Sopra alcuni caratteri differenziali diagnostici fra coroiditi, epindimite sierosa e tumore cerebrale.

Signora BONARELLI - MODENA (Ancona) — Forme larvate di encefalite.

ETTORE LEVI (Roma) — Profilassi delle malattie nervose e mentali.

ANSALONE (Napoli) — Istologia patologica della demenza precoce.

SALMON (Firenze) — Ipersecrezione del liquido encefalo - rachidiano nella patogenesi delle crisi epilettiche.

RUATA (Pesaro) — Opoterapia pluriglandolare nell'idiozia mixedematosa.

SINISCALCHI (Roma), — Produzione sperimentale dei prodotti di disfacimento Casofilo - motacromatico.

COSTANTINI (Roma) — Clinica ed anatomia patologica della sclerosi a piastre.

CARLO DE SANCTIS (Roma) — Pigmenti emosinderinici nella paralisi progressiva.

BIDONI (Roma) — Forme mentali da encefalite epidemica.

PISANI (Roma) — La reazione del mastice — ed altre ancora, delle quali si troveranno titoli e riassunti negli atti del Congresso.

Le relazioni all'ordine del giorno sono state ampiamente e brillantemente discusse ed approvate, e di esse noi, qui sotto, diamo le semplici conclusioni.

TEMI GENERALI

1. Prof. GUSTAVO MODENA (Ancona) — *Nosografia e patogenesi della Psiconeurosi* — (Conclusioni).

Il problema delle psiconeurosi, gruppo provvisorio di manifestazioni, attraversa un periodo di transizione. La più grande varietà di concetti domina la letteratura, e non è possibile precisare una netta delimitazione delle varie forme, che si intrecciano per comunanza di sintomi e si confondono per varietà di associazione di fenomeni. I nomi di isteria, neurastenia, neurosi coatta, psiconeurosi da infortunio e bellica, malattia dei tic, stati ansiosi, crampi professionali ecc. indicano un carattere delle sindromi le quali attendono ancora un concetto fondamentale, che ne chiarisca la natura e ne stabilisca la posizione clinica.

L'indirizzo nosografico ha seguito varie tendenze: al dominio di un criterio clinico obbiettivo e semplice si sono sovrapposti

concetti psicologici o casuali o dinamici o fenomenici, che partono da interpretazioni o correlazioni sulla contrastata natura ed evoluzione dei caratteri psichici.

Dal sereno esame della letteratura risulta che nessun concetto nuovo giustifica ed autorizza una nuova classificazione, che resista alla critica e che si affermi alla indagine obiettiva: non dati precisi si rilevano nello studio del fenomeno e nel suo evolversi, non elementi sicuri di patogenesi. Noi non consideriamo sufficienti i criteri psicogenetici per le loro premesse derivate dalla psicologia generale, da deduzioni intellettualistiche, da processi psichici supposti su di una particolare meccanica delle funzioni mentali.

Noi siamo convinti che il progresso delle nostre conoscenze di biologia varrà a chiarire molti dei sintomi oggi compresi in questi gruppi, che crediamo opportuno continuare a chiamare con i nomi tradizionali e semplicemente indicativi di isteria, neurastenia ecc., che non implicano, allo stato attuale, nessun preconcetto di interpretazione.

Negli ultimi anni lo studio delle funzioni endocrine e i più chiari rapporti fra queste e le reazioni emotive hanno illuminato alcuni coefficienti organici, e molti sintomi sono passati a far parte dei disturbi da alterata secrezione interna, mentre fino ad ora erano erroneamente inclusi nelle neurosi per il criterio di inorganicità ad essi attribuito (astenie degl'iposurrenali, acroparestesie degl'ipogenitali e paratiroidei, eccitabilità degli ipertiroidei ecc.). E l'influenza della funzione endocrina, delicata equilibratrice delle funzioni nervose, deve essere presa in considerazione anche per altre manifestazioni neurotiche. La funzione della vita sessuale è strettamente connessa con la secrezione ormonica: e, come determinate insufficienze e disfunzioni possono alterare a lungo andare la costituzione e la personalità del soggetto, si deve ammettere che particolari secrezioni, che accompagnano vari periodi dell'atto sessuale e dei rapporti reciproci fra i due sessi, eccitino delicate e transitorie attività ormoniche che, se irregolari ed incomplete, possono influire sulla personalità stessa.

Così si può dare ad una serie di stati neurotici ansiosi una dimostrazione endocrina: essi hanno una evidente relazione con fatti di insoddisfazione sessuale.

Il coefficiente « umorale » rinnovato dalle indagini sulle secrezione interne, affermato nella sua influenza patogena anche a minime dosi, porterà certamente nuovi elementi per la valutazione

di molti fatti morbosi, oggi indicati come funzionali, e non solo in rapporto con la sessualità.

Oltre ai legami fra funzione endocrina e fenomeni emotivi, l'indagine anatomica e anatomo-clinica ci reca dati notevoli sulla sede di centri connessi con lo sviluppo e la espressione degli stati emotivi, fondamento precipuo di molte neurosi: lo studio delle sindromi mesencefaliche e dei nuclei della base chiariscono fatti che appartenevano fino a poco fa al dominio della funzionalità. E i reperti vengono ad avvalorare la grande importanza di queste zone nella espressione degli stati emotivi, che ci presentano, in condizioni normali, sintetici e complessi, ma che devono avere una catena di svariate sedi dai processi inferiori ai superiori, dai fenomeni percettivi e ricettivi ai fenomeni espressivi, e che offrono carattere diverso a seconda dell'anello della catena leso od alterato. Così alla diversa distribuzione di lesioni devono essere attribuite *nuances* differenziali fra stati postencefalitici e analoghe manifestazioni psiconeurotiche, differenze lievissime, che dimostrano l'origine organica del complesso fenomeno.

Con l'esame della debita struttura e dei rapporti molteplici intracerebrali, con l'analisi della influenza dei coefficienti morali, con la giusta valutazione di ogni causa organica anche extracerebrale, si potrà meglio chiarire l'origine e la successione di molti sintomi nevrotici in relazione alla biologia della vita emotiva. Tali concetti somatici corrispondono più ad una logica scientifica che non il concetto di un affetto fluttuante, quale molti della scuola psicoanalitica pongono a base di ogni neurosi.

Ma non per questo sono da eliminare ricerche nel campo psicologico, che costituiscono un corredo di cognizioni utili a una provvisoria spiegazione, posta in rapporto con lo studio naturalistico e biologico evolutivo della vita psichica. Così si possono valutare le varie condizioni di « ambienti » e di « situazione » al riguardo della personalità, dei temperamenti e delle reazioni relative, ma non per chiarire la patogenesi, sì per illuminare certe condizioni particolari a certi stati morbosi.

Elementi di ipotesi e correlazioni empiriche, non dimostrazioni e prove, ma efficace sussidio nell'attuale stato delle nostre cognizioni, perchè mantenute in un giusto criterio di valore relativo. E sopratutto valgono i concetti che si fondano sulla importanza della vita istintiva nella interpretazione delle psiconeurosi, che devono essere considerate nel duplice aspetto di malattie, che abbiano per base un arresto di sviluppo con persistenza di condizioni evolutive

sorpassate nell' individuo normale, o di stati morbosi conseguenti a intense cause emozionali, che, alterando il normale equilibrio, richiamano in giuoco primitivi e sottoposti sistemi di reazione.

Lo studio naturalistico nella vita psichica, precisando nella filo e nella ontogenesi stazioni di sviluppo e gradi sistematicamente sovrapposti di perfezionamento, sintesi di costituenti congeniti e acquisiti, può dar ragione di alcune interpretazioni, che però acquistano valore di affermazione se connesse con il parallelo studio della morfologia e dei rapporti fra le varie parti del sistema nervoso, e non solo se basate su congetture derivate dalla osservazione empirica o dal ragionamento su premesse ipotetiche.

2. Prof. LUIGI RONCORONI (Parma) — *La patogenesi della epilessia cosidetta essenziale*. (Conclusioni).

Se volessi *in linee schematiche riassumere* il mio pensiero sulla patogenesi dell'epilessia, ricorderei come punto di partenza: la deficienza dell'azione inibitrice, legge posta innanzi da HUGLINGS IACKSON, da me lungamente illustrata trent'anni fa; insieme a questa legge, terrei il massimo conto del concetto che l'epilessia è una sindrome, la quale, analogamente al complesso delle malattie mentali, può appartenere ad entità cliniche distinte in tre categorie: le acute reintegrabili, le distruttive e le deviate; gli sforzi della neurologia tendono a far rientrare le forme deviate nelle distruttive, o cerebropatiche. Oggi però non si è ancora trovata, se si vuole attenersi strettamente ai fatti sicuri e non alle aspirazioni teoriche, una prova decisiva che ogni caso di epilessia così detta idiopatica, la quale, secondo la mia esperienza, è la forma tipo della famiglia parafrenica, rientri nella categoria delle epilessie cerebropatiche, intese come sindromi residue di una pregressa meningo - encefalite. E, in fondo, anche gli sforzi attuali dei clinici di considerare l'accesso epilettico come conseguenza di una disfunzione endocrina, o di endointossicazioni, dimostrano che la convinzione dei nevrologi, che l'epilessia originariamente venga sempre determinata da pregresse meningo - encefaliti, non è in tutti ben sicura.

Ma negli ultimi anni si è andata svolgendo la nuova dottrina generale dei campi architettonici della corteccia cerebrale, dottrina dalla quale la psichiatria e l' intera neurologia non possono fare astrazione. Secondo questa dottrina, la corteccia è un insieme di organi a funzione elementare. Io cercai di definire quale sia questa funzione elementare, in che modo si possa intendere la siner-

gia simultanea e successiva delle funzioni dei singoli campi, e come ciascuno di essi rappresenti una stazione dei molteplici archi riflessi psichici. La personalità è una integrazione di integrazioni; ogni dissinergia delle funzioni dei campi rappresenta un processo morboso, che si può verificare con varie modalità, una delle quali è rappresentata dalle sindromi epilettiche. Questo concetto si lega strettamente alla legge della deficiente inibizione, perchè l'inibizione e le funzioni più alte sono legate alla perfetta integrazione di funzione dei campi: ogni dissinergia corticale altera le funzioni più alte e diminuisce o cancella l' inibizione, permettendo l' insorgere ad azione disordinata degli automatismi. La sindrome epilettica è quindi una modalità di dissociazione dei campi, che a periodi accessuali si aggrava e che può essere provocata o da cause acute determinanti processi reintegrabili, o da cause tossiche od infettive provocanti processi cerebropatici in senso stretto, o da cause ereditarie, quali schiettamente patologiche, quali costituenti anomalie di sviluppo, capaci di determinare una incompleta integrazione della sinergia dei campi. Fenomeni disintegrativi si hanno anche in altre malattie mentali, ma essi nell'epilessia si attuano con modalità speciali, che permettono di ridurre il processo ad una sindrome clinica distinta, riferibile a particolari entità cliniche tra loro differenziabili.

Per la patogenesi dell'epilessia non si può fare astrazione dai seguenti momenti: l'esistenza frequente di una gliosi supramarginale, là dove si ramificano le ultime determinazioni dei grossi tronchi protoplasmatici delle cellule piramidali, insieme ad un'alterazione dell'orientamento e della distribuzione degli elementi e ad una atrofiia delle più fini diramazioni protoplasmatiche; la possibilità di forme di epilessia non soltanto motorie, ma anche sensoriali, organiche, psichiche e rudimentali; la lentezza e il torpore dei processi psichici, ad es. della parola, la ristrettezza mentale, la deficienza dei sentimenti più alti, la stereotipia delle associazioni mentali, l'esistenza di un carattere epilettico; l' inizio fulmineo e violento dell'attacco, contemporaneo alla perdita di coscienza; il fatto che le intossicazioni, mentre da un lato favoriscono lo scoppio degli accessi, dall'altro tendono ad ostacolare il flusso regolare delle associazioni interneuroniche, come appare evidente, per es., nello stato psichico dell'alcoolismo acuto; la frequenza di stati prodromici dell'accesso, con irritabilità, eccitabilità, modificazioni dell'umore e simili; la frequente presenza di aure, il profondo disturbo della coscienza durante l'accesso, e l'amnesia consecutiva.

La particolare modalità con cui nell'epilessia avviene la dissinergia corticale consiste in questo: che in essa si manifesta ad accessi una scarica violenta di energia nervosa, come se questa, dopo essersi accumulata, non avesse trovato vie di deflusso sufficienti per scaricarsi gradatamente. Noi possiamo farci un' idea di di questo meccanismo, ricordando che normalmente esiste un tono nervoso, ossia un certo grado di energia potenziale, per cui uno stimolo procede lungo una data linea per una differenza di potenziale del punto di partenza, in confronto a quello di arrivo; perchè il corso delle energie nervose avvenga normalmente, è necessario che le vie di deflusso siano pervie in grado normale; se in un punto vi è un ostacolo, anche se il deflusso degli stimoli non è del tutto arrestato, l'energia tenderà ad accumularsi a monte, dove il potenziale si innalzerà, fino a raggiungere una tensione tale da determinare una scarica epilettogena. Se noi ricordiamo che nell'epilessia è frequente la gliosi marginale, un'alterazione dell'orientamento e della distribuzione degli elementi, un'atrofia delle fini diramazioni protoplasmatiche, che rappresentano l'organo con decorso cellulipeto che raccoglie gli stimoli delle diramazioni dei neuriti, — e' che, come ultimi venuti nella filogenesi, si alterano più facilmente dei neuriti, come risulta anche dalla difficoltà di metterne in evidenza le più fini diramazioni con quasi tutti i metodi istologici, — possiamo ammettere che l'ostacolo nelle vie di deflusso sia rappresentato precipuamente nelle strutture interneurotiche, forse a carico sopratutto dei fini prolungamenti protoplasmatici. Questo ostacolo delle vie di deflusso interneuronico è diffuso, ma raggiunge un maximum nell'area da cui parte la scarica. Con questa rappresentazione patogenica del meccanismo dello accesso, noi ci possiamo spiegare i singoli momenti di esso. Le forme motorie, o sensorie, o psichiche, a seconda dei campi dove la scarica si diparte; la lentezza e le lesioni dei processi psichici, legate alle difficoltà delle comunicazioni interneuroniche, che, come si comprende, ostacolano maggiormente lo svolgimento delle funzioni più alte, e meno quelle delle più basse, che hanno vie di deflusso più antiche e più largamente tracciate; l' inizio fulmineo e violento dell'attacco dovuto all' improvviso scaricarsi della tensione; il fatto che le intossicazioni favoriscono lo scoppio degli accessi, perchè aggravano le difficoltà del deflusso interneuronico; gli stati prodromici, che rappresentano il disagio del sistema nervoso centrale, di cui una parte è in istato di abnorme tensione; le aure, che sono un primo accenno di scarica verso le aree senso-

riali o motrici; il profondo disturbo di coscienza, perchè ogni scarica violenta determina una dissinergia di funzione dei campi corticali, arresta gli archi psichici in atto (salvo che questi decorrano fuori dei campi dove producesi la scarica) e quindi sospende la coscienza; l'amnesia consecutiva; perchè ogni disturbo di coscienza si riflette in un disturbo dei processi mnemonici.

Secondo questa concezione, la vertigine appare come una breve scarica; l'azione dei bromuri e del luminal è probabilmente dovuta al fatto che, abbassandosi l'eccitabilità corticale, è meno frequente che vengano raggiunte forti tensioni dell'energia nervosa; l'enorme varietà della sintomatologia è dovuta alla diversa sede e gravità del processo e dei fatti automatici.

Si intende che, nei periodi intervallari, il deflusso delle energie nervose è insufficiente (particolarmente in dati campi) ma non del tutto ostacolato, così da permettere la conservazione della vita di relazione; nelle forme demenziali, inoltre, non si ha più soltanto una deficienza della pervietà delle comunicazioni intercellulari, ma si hanno veri processi patologici legati a più profonde lesioni degli elementi nervosi.

Quanto più si approfondisce la patogenesi dell'epilessia, tanto più se ne riconosce la complessità, come del resto avviene per ogni fenomeno naturale; una folla di leggi e di fatti, tra loro coordinati ed interdipendenti, vi intervengono; la legge della deficiente inibizione; il dato della moltiplicità dei processi (acuti reintegrabili, cerebropatici, deviativi) che possono metter capo ad una sindrome in apparenza identica; il concetto della personalità, costituita da una integrazione dei campi architettonici e dalle alterazioni della personalità dovute a dissenergie dei campi stessi; le leggi delle connessioni interneuroniche del tono nervoso; il dato delle alterazioni del tono determinate da insufficiente pervietà delle connessioni; il concetto di particolari forme di dissinergie accessuali dei campi, provocate da improvvise scariche del potenziale; il dato della molteplicità delle cause, tossiche, infettive, deviative, che possono provocare le dissinergie funzionali.

L'epilessia è una sindrome che comprende un campo immensamente vasto, come il Lombroso ha dimostrato; indagarne la patogenesi non è possibile senza tener conto dei massimi problemi che sono a base della neurologia e della psichiatria moderne; forse non ne comprende la vasta portata chi crede di poterla spiegare con una teoria semplicista, o con un fatto unilaterale.

3. PROF. DOTT. GIUSEPPE MONTESANO (Roma) — *Schizofrenie e pseudoschizofrenie* — (Conclusioni).

Dopo i primi lavorí di KRAEPELIN su la demenza precoce, numerosi tentativi sono stati fatti per una delimitazione precisa del quadro clinico abbozzato sotto questo termine. Molti non vi hanno sempre riscontrato segni tali da giustificare una diagnosi o una prognosi di demenza; è parsa più significativa in ogni caso l' incoerenza tra i disturbi psichici, come se le manifestazioni intellettuali, le sentimentali e le volutive fossero fra di loro dissociate; ha avuto perciò molta fortuna il termine di schizofrenia proposto da BLEULER. Se non che troppe forme morbose differenti, oltre che per età d' inizio, per decorso, esito, sintomi psichici e nervosi collaterali, ecc. si sono viste presentare tal carattere, e le ricerche dirette a scoprire le lesioni anatomiche, le alterazioni biochimiche, gli agenti patogeni comuni a tutte, specifici, sono rimaste infruttuose; i reperti sono stati quanto mai variabili. Si è perciò delineata una tendenza a spiegare l'analogia di tutte queste forme come effetto di una comune base costituzionale, di un identico terreno d'origine, e si è parlato di schizofrenie latenti, di temperamenti schizoidi. Recentemente KRETSCHMER ha ampliato questa veduta, aggiungendo agli schizofrenici ed agli schizoidi gli schizotimici, varietà questi ultimi di temperamenti normali non necessariamente predisposti a le speciali malattie. In tutte e tre si avrebbe di comune la presenza di dati caratteri morfologici, una struttura generale corporea riportabile a tre tipi: l'atletico. l'astenico, il displasico, la cui origine dovrebbe ricercarsi in particolari variazioni di funzionalità normale o patologica del sistema endocrino. In antitesi starebbe il tipo picnico, proprio dei soggetti predisposti a la frenosi maniaco - depressiva o già colpiti. In questa contrapposizione e nel termine dato a la nuova varietà di caratteri è chiaro il proposito di una limitazione del concetto di dissociazione psichica.

Già da tempo si era, del resto, sentita la necessità di una chiarificazione. Una incongruenza tra il pensiero, i sentimenti e la volontà forma, come ha ben messo in luce KRAEPELIN, la caratteristica dei così detti degenerati superiori, esponente di anomalie di tendenze ora solo quantitative, or anche qualitative, d'una eccessiva sensibilità a dati piaceri e a dati dolori, non sempre identici a quelli di cui sono suscettibili i normali, d'una intolle-

ranza alla rinuncia dei primi o allo stato prodotto dai secondi. Condotta irregolare non corrispondente all' intelligenza, bizzarria di atti, eccentricità, pervertimenti, hanno la loro spiegazione in questa anomalia, la quale può rimanere anche latente per rivelarsi solo nel decorso di qualche malattia che venga a colpire i soggetti. Tra le malattie rivelatrici sta pure la frenosi maniaco - depressiva; e come si hanno fasi di eccitamento, la cui sintomatologia ricorda molto da vicino la pazzia morale, sono del pari note le manie degenerative in cui l'assurdità di certe affermazioni, la stravaganza di certi atti è tale da far pensare ad una demenza precoce, tanto più che non sono rari, oltre a manierismi e stereotipie, sintomi catatonici fino allo stupore. Su questi disturbi di motilità un pò di luce sembra farsi oggi, dopo i recenti lavori riguardanti i postumi dell'encefalite letargica; e non è improbabile che lo studio isto - patologico dei gangli basali, più che della corteccia, ci chiarirà la loro produzione in svariate forme morbose.

Diranno ricerche future se la costituzione degenerativa sia base costante necessaria per la produzione di psicopatie con sintomi di incongruenza, dissociazione psichica ed anche per quella di complicanze catatoniche; notiamo, intanto, che le pseudoschizofrenie della frenosi maniaco - depressiva sono facilmente riconoscibili, più che per andamento acuto, accessionale (si hanno anche forme croniche a decorso monotono, uniforme), per manifestazioni emozionali esuberanti, per lo stretto rapporto che hanno le oscillazioni delle manifestazioni d' incongruenza con le manifestazioni dell'umore e della vita sentimentale. Le altre forme, le vere schizofrenie, avrebbero la caratteristica opposta; la dissociazione consisterabbe in riduzione di fenomeni sentimentali ed emozionali, l' incongruenza sarebbe più che altro rappresentata dall'ottusità emotiva. Ma abbiamo noi la sicurezza che il disturbo sia sempre identico, e tutti i casi di presunta schizofrenia o schizotimia costituiscano varietà di una medesima forma clinica?

Dall'esame dei casi finora descritti non siamo certo autorizzati a rispondere affermativamente. Si è da qualcuno fatto confusione tra emotività e affettività; non si è da altri distinta l'ottusità grave reale dall'apparente, non state infine sufficientemente chiarite le forme differenti d'ottusità.

Una riduzione più o meno grande d'affetti, sia pur intesi come semplice interessamento a persone e cose, tali da derivare attaccamenti, repulsioni, è spesso rilevabile nella semplice degenerazione del carattere, ed è tutt'altro che rara nella pseudoschizofre-

nia della frenosi maniaco - depressiva, per polarizzazione sentimentale verso altri valori materiali, morali, intellettuali, ideali che siano. Ci sono, invero, demenze paranoidi, di solito allucinatorie, in cui all'assurdità dei delirii, allo strano modo d'esprimersi, fino ad aversi schizofasie e neologismi, alla bizzarria degli atti, alla monotonia, se non stereotipia, di molte manifestazioni, si aggiunge la indifferenza la quale sembra generale; quello che fra l'altro colpisce è l'espressione fredda, oltre strana, delle idee morbose, senza l' ardore che viene dal profondo convincimento, dal bisogno di diffonderle o dalla preoccupazione dell' incredulità altrui. Qui sarebbe in campo però oltre l' ottusità affettiva, quella emotiva ed in forma che è comune a molte altre demenze; vero è che queste non hanno uguali sintomi di dissociazione e d' incongruenza, ma bisogna pur domandarsi se l' indifferenza per le proprie idee morbose esista certamente nel primo caso. Chi esamina a fondo questi soggetti, che molti considerano come schizofrenici, trova che essi sono in uno stato di calma, di serenità, di soddisfazione, se non di beatitudine, paragonabile a quella di un mistico che, sicuro della comunione con la divinità, non ha più palpiti per gli eventi terreni, o di un filosofo che, arrivato a potersi tutto spiegare con il proprio sistema, trae dalla spiegazione un tal piacere da compensare qualsiasi avvenimento doloroso, così da apparire imperturbabile. Basta procedere ad un interrogatorio, fare contestazioni sui convincimenti erronei, per constatare quanta ripercussione abbiano i medesimi nella vita sentimentale. Che poi questa non sia del tutto spenta o ridotta al minimo, lo dimostrano i non rari episodii di agitazione, che hanno detti malati e con manifestazioni emozionali intense, come quelle degli epilettici più che dei maniaci.

Ma non sono questi i soli casi di ottusità emotiva apparente. Per riconoscerli bisogna anzitutto intendersi bene su quel che debba comprendersi sotto il termine emozione. Manca purtroppo l'accordo in proposito; ma chi si attenga al concetto sostenuto principalmente da PAULHAN, che essa derivi da arresto di tendenze, ossia da cessazione di solito brusca e precoce di atti iniziatisi automaticamente o volontariamente per la soddisfazione di qualche bisogno, non potrà cadere in equivoci all'esame dei vari casi. Alcuni credono che solo i bisogni istintivi possono provocare emozioni, ma a torto. Gli atti istintivi sono certo i più energici, i più celeri, quasi sempre istantanei, impetuosi, e si comprende come la loro sospensione dia luogo a deviazioni di grandi quantità d'energie e quindi a forti turbe emozionali; non tutte però le emozioni sono necessariamente intense:

se ne hanno di deboli e di debolissime. Di queste le prime sono ancora identificabili, riconoscibili individualmente, le seconde no; è rilevabile, distinguibile soltanto un loro complesso, che si può dire non manchi in alcun momento della vita psichica normale e nella quasi totalità di quella abnorme, dando un colorito speciale a tutte le manifestazioni. Nello svolgimento del pensiero, nelle attività pratiche si risvegliano una quantità or grande or piccola di tendenze per contingenti stimoli dell'ambiente esterno o interno, correnti associative d'idee, ricordi or coscienti or subcoscienti. Il risveglio è già tentativo d'esecuzione degli atti, da cui dovrebbe derivare la soddisfazione dei bisogni relativi; ma il tentativo è di solito fiacco, di breve durata, e le turbe provocate dall'arresto sono di conseguenza lievissime, fugacissime. Si potrebbero paragonare questi risvegli alle risonanze degli strumenti musicali di cui esse costituiscono il timbro, la voce: distinguiamo l'uno dall'altro strumento allorchè emettono la stessa nota fondamentale, non sapremmo identificare i singoli suoni secondarî prodottisi in ciascuno; è resa possibile solo la distinzione dell'uno dall'altro insieme. Il complesso di turbe lievi forma il colorito emozionale degli atti e varia non solo dall'uno all'altro individuo, ma dall'uno all'altro momento d'un singolo, sulla qualità e quantità di componenti; sulla modificabilità loro influiscono l'intelligenza, la coltura, la sensibilità di ciascuna persona, l'eccitabilità, il numero e la specie di stimoli ambientali nei diversi tempi, ond'è che questo colorito ci appare or ricco, or povero di toni, or forte, or debole, or variato, or uniforme ecc. Le differenze si accentuano in casi patologici: il colorito emozionale di un idiota, come di un bambino, è or debole or forte, ma sempre povero d'elementi ed anche monotono; negli stati d'eccitamento di soggetti colti, specie se isterici, notasi invece la massima intensità, ricchezza e variabilità; nei paranoidi spicca, oltre l'intensità, il predominio di un dato tono; nei senili la ricchezza mista alla fiacchezza e alla scarsa variazione, e così via.

Stabilite ora le varietà di manifestazioni emozionali, come è facile rilevare che il così detto colorito emozionale non manca mai in soggetti normali, devesi pur riconoscere che, se in alcuni caratteri fanno difetto le emozioni forti, tal difetto non è sempre dovuto alle medesime cause.

Vi sono persone fredde, serie, taciturne, insocievoli, collocate da Kretschmer fra gli schizoidi, in cui la vita emotiva è debole, perchè gli atti derivanti da risveglio di tendenze sono per la maggior parte d'indole teoretica e non trovano difficoltà di svolgimento;

non è facile, quindi, per i medesimi quell'arresto brusco da cui scaturiscono le emozioni forti. Altre varietà di schizoidi sarebbero per il detto autore i timidi, i soggetti di fine sentimento: se ora in questi sono scarse le manifestazioni emozionali esteriori, abbondanti e talvolta anche intense sono quelle interiori; le prime sembrano trovare un intoppo, lo sguardo però non perde il suo potere espressivo e rivela molto bene la condizione d'animo. Ben noto infine è il caso di persone intelligenti, sensibili, in cui spesso mancano quelle emozioni forti che dovrebbero normalmente prodursi per dati stimoli, dati eventi: a seguito d'una immensa sciagura essi rimangono come indifferenti, non hanno una lagrima, non sono presi dalla disperazione. L'eccessiva gravità dell'avvenimento produce uno shock, il quale sembra impedire la produzione dei primi atti reattivi automatici immancabili in casi normali e con cui si tenderebbe a realizzare l'impossibile, ossia il ritorno allo *statu quo ante*, atti che, non potendo prendere una forma determinata, dovrebbero risolversi in emozioni. Se però lo shock colpisce le reazioni primarie, risparmia le secondarie, fra cui frequente la preoccupazione per questa assenza di emozioni forti; gli atti perciò conservano sempre un colorito emozionale.

Si hanno adunque nei normali tre forme d'ottusità emotiva: l'una da insufficiente risveglio di tendenze; l'altra da intoppo a manifestazioni esteriori delle emozioni derivanti da tendenze risvegliate, ma arrestate; l'ultima da mancanza d'arresto per un agevole e rapido sfogo dato alle tendenze con attività teoriche.

Non è difficile riconoscere analoghe varietà nei casi patologici accomunati dall'ottusità emotiva e da altri di quei caratteri d'incongruenza che vengono detti schizofrenici.

Molte demenze paranoidi, sopratutto quelle riferite più sopra, costituiscono la terza varietà. All'apatia che fa rifuggire da attività motorie, pratiche, fa riscontro una facilità di sfogo a mezzo d'attività teoretiche sia pur leggere, sfogo a volte tanto più piacevole quanto più le costruzioni di delirî, di frasi, di parole sono strane, assurde, così da domandarsi se le esposizioni dei soggetti rappresentino convincimenti profondi o siano soltanto giuochi, per quanto monotoni, della fantasia.

I casi delle altre due varietà hanno di comune: mancanza di delirî, almeno stabili, torpore di pensiero, bizzarrie, stereotipie di condotta, insocievolezza; apparente indifferenza massima agli avvenimenti esteriori, qualche atto impulsivo. Quelli della seconda sono però riconoscibili per la goffaggine degli atti che sta ad indicare

intoppi, resistenze e che arriva talvolta al negativismo; i soggetti appariscono come persone inceppate; un qualche risentimento emozionale è però rilevabile sempre nello sguardo, or sorridente, or inquieto, or scrutatore. Quelli della prima hanno invece la caratteristica di maggior facilità di atti, i quali però sono privi tutti o quasi di colorito emozionale, ciò che denota mancanza di risveglio di tendenze, per lo meno di quelle secondarie; alcuni nella fisionomia, negli atti sono paragonabili a fantocci, l'occhio sembra vagare, senza segni d'interesse, di preoccupazione, il tono di voce è scialbo, non adeguato al contenuto del discorso. Varie prove di tali soggetti dànno a prima vista l'impressione d'insincerità, di simulazione, appunto perché nei simulatori mancano le risonanze emotive che derivano da profondo convincimento nella realtà delle situazioni giustificanti le affermazioni e gli atti morbosi, risonanze rivelatrici di tutte le idee, le tendenze che il reale suscita: timori, speranze, soddisfazioni, preoccupazioni ecc. Se non che nei simulatori, anche quando la simulazione sia divenuta automatica, senza possibilità d'inibizione, le manifestazioni prive di colorito si hanno solo nel campo degli atti eseguibili a mezzo della volontà, quelli proprio che furono in principio compiuti per artificio, mentre negli schizofrenici qui contemplati lo scolorimento è generale, investe ogni specie d'atto volontario o automatico, in rapporto sia con idee morbose, sia esatte. Se essi compiono pura attività teoretica possono mancarne i segni rivelatori, appunto perchè questi sono rappresentati da tendenze secondarie risvegliate nell'atto di fissare, ricordare, fantasticare, piccole manifestazioni emozionali d'interesse, compiacimento, disgusto, rimpianto, aspirazioni, ecc. Non è perciò raro di constatare con meraviglia in tali soggetti un ricordo preciso, minuto di avvenimenti svoltisi sotto i loro occhi e a cui sembravano essere rimasti completamente estranei.

A queste differenze fondamentali fra le due varietà sono da aggiungerne altre. Nei casi della seconda varietà, oltre che del negativismo, si ha maggior frequenza di complicazioni catastrofiche; sono poi tutt'altro che rari sintomi d'epilessia o epilettoidismo in atto o pregressi: spesso pure si hanno stati intervallari, in cui ogni disturbo schizofrenico e l'ottusità emotiva vengono a mancare; i soggetti appariscono e talvolta anche agiscono come persone normali. Nei casi della prima varietà lo scolorimento è invece permanente, persiste anche quando cessa ogni altro disturbo, ed il soggetto è in grado di riadattarsi alla vita libera e persino di esercitare un mestiere, occupare un impiego, ecc.

Lo scolorimento sarebbe adunque di prognosi infausta tale, da giustificare, quando lo si rilevi, il termine di demenza alla malattia. Rappresenta ora questa un semplice aggravamento dell'altra forma a carattere d'intoppo, l'evoluzione ulteriore di un identico processo morboso? Ogni giudizio in proposito, allo stato odierno delle conoscenze, sarebbe azzardato. Certo colpisce la comune base degenerativa, la produzione d'entrambe in età giovanile, la simiglianza se non identità di molti sintomi; ma sta pure in fatto che le differenze, per rapporto ai disturbi dell'emotività, sono qualitative e non quantitative, e mentre i casi misti sono rari, non sono pochi quelli in cui il sintomo dello scolorimento era rilevabile fin dall'inizio del male, sì che ben sarebbe stata adattata la denominazione di demenza precoce schizofrenica.

In riassunto la incongruenza e la bizzarria di manifestazioni intellettive, sentimentali, volitive, possono riscontrarsi in malattie molteplici e spiegarsi con la produzione di queste sopra una base degenerativa. In uno speciale gruppo si nota il sintomo dell'ottusità emotiva, la quale però non ha sempre lo stesso significato. Se in tutti i casi la riduzione più o meno forte dei bisogni e dei valori in genere della vita, associata a quella di capacità di reazioni pronte ed energiche, spiega la mancanza o la grande rarità di emozioni forti, le deboli e debolissime ora difettano, ora restano poco appariscenti: in alcuni per facile derivazione di attività fantastiche dalle tendenze risvegliate, in altri per intoppo lungo le vie nervose di passaggio delle correnti perturbatrici, in terzi, infine, per difetto di risveglio delle tendenze secondarie che dànno ai nostri atti il cosidetto colorito emozionale.

Ricerche comparative morfologiche, istologiche, biochimiche, in base a tale differenziazione, potranno avere un successo maggiore di quello ottenutosi fin qui; sarà allora possibile stabilire unità cliniche e dare alle medesime termini meno generici ed equivoci di quelli ora in uso.

4. Prof. G. C. FERRARI — *Gli alienati criminali nel Progetto del nuovo Codice penale di Enrico Ferri.*

La Commissione reale per la riforma del Codice penale ha fatto proprio il concetto della Scuola positiva; ha dovuto, però, adattarlo per fare un'opera eminentemente pratica.

Il nuovo Codice penale si distinque dal vecchio, e quindi lo caratterizza, per la sostituzione del criterio della « *responsabilità*

legale » a quello della « *responsabilità morale* ». Questo criterio obbliga il giudice a dare il massimo valore alle condizioni psichiche determinanti il delitto, e, per applicare adeguatamente le sanzioni, deve considerare tutti i criminali come legalmente responsabili, salvo a distinguerli a seconda le loro condizioni psichiche.

Così si salvano le ragioni superiori della società e quelle personali dell'individuo: mentre è probabile che, con eguale forza, sieno salvaguardate quelle della Giustizia in astratto. L'O. dice è probabile, perchè con l'attuale sistema, basato sul principio di responsabilità morale, si creava ai criminali alienati una condizione ambigua e falsa.

Dice che l'esperienza gli ha anche dimostrato che vi sono molti infelici che commettono dei delitti per una fatalità biologica, legata alla loro malattia mentale, ma che sembra estranea alla loro più intima personalità, per cui meritano ogni compassione; gli altri cadono nel delitto forse ugualmente per necessità atavica, ma hanno in sè e conservano un *quid*, che li fa diversi e li separa dai malati di mente.

La massa maggiore degli alienati criminali è data dalla quantità interminabile degli epilettoidi e degli immorali costituzionali, i quali giustificano ogni particolarità di trattamento, e quindi la necessità pratica di separare costoro dagli altri criminali, la necessità, cioè, di separare, senza inopportuni sentimentalismi e riguardi speciali, gli alienati che hanno commesso un delitto *di qualunqua genere*, dagli alienati che sono semplicemente tali.

La Commissione per la riforma del Codice penale accettò alcuni principii sostenuti dall'O. e che furono sintetizzati negli articoli del Codice, che riguardano questa particolare categoria di malati *legalmente responsabili* di qualche crimine.

Il concetto fondamentale è stato quello di impedire che un violatore della legge, il quale per qualsiasi ragione sia o si sospetti malato di mente, varchi la soglia di un manicomio civile. Mai il criminale, sia durante l'istruttoria, sia dopo il giudizio, riconosciuto malato di mente, deve essere accolto in Manicomio.

L'O. chiedeva, poi, due cose: 1. che i Manicomi, che dovranno accogliere i criminali alienati, sieno costituiti in modo da garantire dalle evasioni, ma offrano tutte le opportunità mediche necessarie, compresa la possibilità di un lavoro utile; 2. che gli attuali Manicomi giudiziari vengano vuotati di tutti i loro ospiti attuali, i quali potrebbero essere accolti in Colonie agricole indipendenti.

Chiedeva poi nelle carceri mandamentali delle celle di isolamento per gli arrestati che danno segni di pazzia.

Gli ammalati di mente gravi, che abbiano commesso uu notevole delitto, e quindi pericolosi, debbono essere accolti nei Manicomi criminali forniti di ogni possibilità di assistenza e di cura.

Gli alienati cronici e irreducibili dovrebbero entrare per un tempo indeterminato in una Colonia di lavoro all'aperto.

Nel progetto del nuovo Codice penale ai delinquenti infermi di mente e dedicato il Capo V. con due articoli:

Art. 32. L'alienato di mente, che ha commesso un delitto: 1. è segregato e curato in un Manicomio criminale, se la sanzione stabilita per il delitto commesso sia la segregazione rigorosa o se l'alienazione sia tale da renderlo molto pericoloso; 2. è segregato e curato in una casa di custodia, se per il delitto commesso sia stabilita una sanzione diversa, e la alienazione sia tale da renderlo meno pericoloso.

Art. 33. il delinquente che, senza essere alienato, sia in stato di cronica intossicazione da alcool o da altra sostanza venefica, oppure sia in uno stato di grave anomalia psichica, è segregato in speciale colonia di lavoro.

Questa disposizione non si applica quando l'anomalia psichica consiste esclusivamente e principalmente nella tendenza al delitto conseguita od acquisita.

L'O.espone, poi, i frutti della propria esperienza nei giovanetti criminali, i quali lo hanno convinto che i malati subiscono le leggi biologiche della loro organizzazione morbosa ma non sono, come parrebbe, così differenti dai sani: ed essi sentono le lodi e i biasimi come le correzioni, donde una psicoterapia di questo genere dovrebbe applicarsi in stabilimenti speciali.

5. Prof. Carlo Besta (Messina - Milano) — *Epilessia e ferite cerebrali da guerra.*

Il Relatore riferisce i risultati di circa otto anni di indagini, eseguite sui feriti cerebrali del riparto neurologico da lui diretto, durante la guerra e dopo, su quelli ricoverati nell' Istituto pro feriti cerebrali di guerra, che ha creato e che dirige in Milano. Le sue osservazioni si riferiscono ad oltre 250 epilettici da ferita cerebrale: egli si è preoccupato di precisare se alla lesione di determinate zone del mantello cerebrale corrisponde un modo

particolare di presentarsi e di raggrupparsi delle manifestazioni epilettiche, se queste determinano modificazioni dei risultati dello esame nevrologico, rilevato caso per caso colla massima precisione e meticolosità, e col sussidio di prove speciali (iniezioni di policarpina, di adrenalina, colla narcosi eterea, ecc.).

Tali serie di indagini, estremamente analitiche e minuziose, sono state fatte collo scopo di trarre possibilmente dei dati atti ed illuminare il meccanismo patogenetico e la fisiopatologia delle manifestazioni dell'epilessia comune.

Dalle indagini del Relatore è risultato innanzi tutto che la frequenza delle manifestazioni epilettiche è massima nei feriti frontali e decresce quanto più la ferita è posteriore, minima, quindi, nei feriti occipitali e temporali: sono più accentuatamente epilettogene le lesioni superficiali che le profonde: non gli è risultato che esista un rapporto tra la frequenza di manifestazioni epilettiche e la costituzione valutata dal punto di vista endocrinologico.

Le lesioni del polo frontale (lesioni pure, con esclusione cioè della frontale ascendente e del piede delle tre frontali) determinano un grado morboso identico a quello che è considerato e descritto come caratteristico dell'epilessia essenziale: in essi si ha infatti l'attacco che insorge con perdita improvvisa della coscienza, caduta al suolo, successiva fase tonica generalizzata, cui segue la fase clonica pure generalizzata, rilasciamento generale. In questi feriti, il che ha un' importanza grandissima, si hanno equivalenti di natura psichica: assenze, arresti, periodi più o meno lunghi di logorrea e di verbigerazione incosciente, fughe, scatti di furore e di impulsività improvvisa, l'alternarsi di periodi di depressione irritabile dell'umore con periodi di eccitamento, la diminuita resistenza all'alcool: i fenomeni, cioè, che sono considerati come caratteristici del temperamento epilettico.

Questi fatti sono pressochè esclusivi dei feriti frontali; mancano infatti di solito, o sono assai meno accentuati e tipici nei soggetti feriti nelle altre aree corticali.

Dal punto di vista neurologico, non esistono, di solito, nei periodi interaccessuali fatti patologici apprezzabili all'infuori di una maggiore ampiezza pupillare dal lato opposto alla lesione, e corrispondentemente sogliono mancare fatti postaccessuali evidenti: è presso che costante il sonno prolungato, sono frequenti fenomeni di confusione.

Il Relatore, che ha riferito numerosi dati clinici e casi in

prova delle sue affermazioni (dati che è impossibile riassumere), rileva l'importanza delle sue osservazioni, che per la prima volta, se non gli è sfuggito qualche dato bibliografico, danno una base anatomica a fenomeni morbosi, per i quali apparisce solo razionale la patogenesi tossica, e che permettono uno sguardo più sicuro, a suo modo di vedere, sul meccanismo di produzione dell'attacco epilettico classico.

Nelle lesioni pure della zona motrice, della frontale ascendente, cioè, del piede delle tre frontali, si osserva la classica epilessia JACKSONIANA con manifestazioni tonico - cloniche, che si iniziano sempre negli stessi muscoli e gruppi muscolari e che si estendono, determinano di solito la perdita della coscienza quando passano alla metà opposta del corpo. Il Relatore mette in speciale evidenza il fatto che le lesioni più profonde determinano fatti tonici più globali e violenti, che comprendono parecchi muscoli, e che quelle superficiali producono fenomeni convulsivi che si propagano da un muscolo all'altro con distribuzione di tipo radicolare: nelle prime insorge più rapidamente perdita della coscienza. In tutti i casi si hanno manifestazioni post - accessuali con aggravamento dei fatti neuropatologici (maggiore paresi, aumento di riflessi tendinei e periostei, ecc.).

Nei casi in cui esiste contemporanea lesione del lobo frontale e della zona motrice, si osserva nella sintomatologia l'associarsi dei fatti di tipo frontale con quelli JACKSONIANI, e cioè attacchi convulsivi insorgenti con perdita improvvisa della coscienza, ma seguiti da manifestazioni motorie iniziantisi ad un muscolo o ad un gruppo di muscoli, ed estendentisi al resto della muscolatura dello stesso lato, oppure limitate ad una metà del corpo. In tali casi si hanno sempre netti fatti post - accessuali, mentre nei periodi intervallari si possono avere assenze, fughe, ecc., le manifestazioni, cioè, di tipo psichico.

Nelle lesioni della parietale ascendente e del lobo parietale si osservano manifestazioni di tipo sensitivo: il Relatore rileva che, quando è lesa la parietale ascendente, esse consistono in formicolii, parestesie, dolori a distribuzione spesso di tipo radicolare; in quelle, invece, del lobo parietale i feriti hanno sensazioni di movimenti, di convellimenti muscolari, talvolta di spostamenti in massa del corpo: tali sensazioni possono restare isolate ed essere seguite da attacco epilettico, il quale ora è di tipo Jacksoniano, ora, invece, è di tipo essenziale; però di solito, con manifestazioni unilaterali.

In tutti questi casi gli attacchi determinano aggravamento più o meno duraturo della sintomatologia neurologica, sopratutto per ciò che riguarda la sensibilità.

Nei casi di lesione occipitale si hanno attacchi convulsivi, preceduti da aura visiva; in quelli di lesione temporale da aura acustica; per l'una e l'altra area corticale i casi di manifestazioni epilettiche sono oltremodo rari.

Il Relatore rileva che anche nei casi di ferita non frontale, sopratutto se si ha aggravamento ed intensificazione degli accessi, si possono osservare attacchi convulsivi insorgenti con perdita immediata della coscienza. Si tratta allora di attacchi di particolare intensità, che però non sono costanti come nei feriti frontali, ma sono alternati con quelli preceduti da aure specifiche e con manifestazioni interaccessuali di piccolo male, aventi i caratteri clinici proprii della sede colpita: in tali casi sono, cioè, i fatti meno appariscenti ed accentuati quelli che costituiscono i sintomi patognomonici di focolaio.

Il Relatore rileva che i fatti da lui messi in evidenza su largo materiale di casi, che hanno il valore di vere e proprie esperienze sull'uomo, anche perchè in oltre un terzo di essi c'è stato il controllo chirurgico, permettono di illuminare meglio il meccanismo patogenetico della maggioranza, almeno, dei casi della comune epilessia, permettendo di interpretarli come forme alle quali esiste un focolaio morboso cerebrale.

Della maggiore importanza gli sembrano i dati riferentisi ai feriti al lobo frontale, per il fatto che precisamente la perdita improvvisa della coscienza e le manifestazioni di natura psichica meglio sembravano interpretate dall'intervento di un fattore tossieo che da un fattore organico.

Egli rileva che esiste un parallelismo perfetto di sintomi tra le manifestazioni dei feriti cerebrali e quelle dei comuni epilettici. Ricorda in proposito le osservazioni già da lui pubblicate da circa 15 anni, nelle quali ha rilevato con quanta frequenza l'accurata analisi ed osservazione clinica dimostrano negli epilettici, considerati come essenziali, l'esistenza di fatti che documentano una lesione organica (fatti convulsivi emilaterali, asimmetrie dei riflessi superficiali e profondi, che si aggravano od appaiono dopo l'attacco convulsivo, mancinismo transitorio, ecc.) e dalle quali risulta che in ciascun caso i dati dell'esame nevrologico ed il modo di presentarsi e svolgersi delle manifestazioni convulsive si coordinano in modo

da far ammettere un focolaio morboso cerebrale che dà una fisonomia particolare a ciascun caso.

Osservazioni metodiche continuate da allora su tutti i casi che ha avuto la possibilità di studiare, hanno dato risultati identici. Ma si trattava di osservazioni cliniche: l'osservazione metodica dei feriti cerebrali ha offerto il controllo anatomico indispensabile, permettendo di chiarire i punti oscuri: fra questi in modo speciale i sintomi psichici.

Da qualche tempo egli ha iniziato, nei casi ribelli alle cure mediche, la cura chirurgica degli epilettici. Precisata, cioè, coll'analisi clinica la sede di focolaio, fa praticare l' intervento.

Il numero dei casi operati non è così rilevante da permettere conclusioni definitive: egli, però, può dire che in sette casi, considerati da tutti i nevrologi, che li avevano curati, come epilettici essenziali, ha potuto far diagnosi di sede, ed in tutti l'intervento operativo ha confermato l'esattezza delle sue deduzioni, basate, gli è caro dirlo, sui dati emersi dalle osservazioni fatte sui feriti cerebrali di guerra.

In tutti i casi si sono riscontrate delle placche meninigee, degli infiltrati, degli ispessimenti, che spiccavano chiaramente all'esame oculare per il contrasto col tessuto sano, ma che forse non si sarebbero potuti rilevare all'autopsia per l'opacamento delle meningi e per il conseguente pallore del tessuto nervoso.

Il Relatore, di fronte ai fatti da lui messi in evidenza ed alle possibilità curative che si delineano, insiste perchè l'indirizzo da lui seguito si estenda; insiste perchè si prenda l'abitudine di analizzare gli epilettici caso per caso, rivolgendo l'attenzione al modo col quale si svolgono gli attacchi convulsivi, alle manifestazioni pure ed interaccessuali, ai dati dell'esame nevrologico, fatto prima e sopratutto dopo l'accesso. Non esiste a suo modo di vedere l'epilessia, esistono gli epilettici: per lo meno, per la estrema maggioranza di essi, è possibile precisare l'esistenza di un focolaio cerebrale e stabilirne la sede: tale focolaio dà una particolare fisonomia alla sintomatologia morbosa.

Come fatto di grande importanza e assolutamente nuovo rileva, e ci insiste, l'elemento patogenetico frontale.

VI. Congresso della Società italiana di Neurologia
(*Napoli 6 - 9 novembre 1923*)

Il VI. Congresso della Società italiana di Neurologia ebbe quest'anno una solennità speciale, perchè venne fatto coincidere con le onoranze solenni al sommo Maestro Sen. LEONARDO BIANCHI, vanto fra i cultori della Neurologia e della Psichiatria italiana.

La cerimonia inaugurale ebbe inizio al mattino del giorno 6 novembre.

Al tavolo d'onore presero posto: il Rettore Magnifico dell'Università prof. ZAMBONINI, a destra il sindaco on. ANGIULLI, il prof. TANZI, il sen. prof. LEONARDO BIANCHI ed il prof. CORSELLI; a sinistra il preside della Facoltà di Medicina prof. IEMMA, e i proff. D'ABUNDO, FRAGNITO, DONAGGIO, LUGARO,.

Parlarono entusiasticamente applauditi il Sindaco, il Rettore, il Prefetto.

Ad essi rispose il prof. D'ABUNDO, presidente della Società italiana di Neurologia con il seguente discorso:

A voi, Illustri colleghi, qui convenuti da ogni parte d'Italia, consentite che io rivolga il mio saluto deferente, e vi ringrazio di portare qui il vostro contributo fecondo di acute indagini, dirette a rischiarare tante incognite della patologia nervosa.

Ed insieme a voi tutti poi rivolgiamo un saluto di simpatia e di ammirazione ad un grande maestro, LEONARDO BIANCHI, che siamo felici di vedere qui fra noi, ed al quale ci apprestiamo a tributare solenni onoranze per il suo ritiro dall'insegnamento ufficiale.

Le nuove conquiste della scienza hanno imposto la necessità della revisione del nostro patrimonio scientifico neurologico. Però revisione non significa l'annientamento di tutto un passato di geniali e laboriose indagini; nella scienza non si deve essere ultra-conservatori, ma nemmeno anarchici.

Il lavoro di revisione adunque non deve rappresentare un rogo, ma un progresso di acuta selezione, nello stesso modo come nelle grandiose officine dove i materiali metallici, sottoposti all'alta combustione negli enormi crogiuoli, assurgono a grado massimo di loro purezza chimica. Gli entusiasti di qualche nuova dottrina non debbono rimanere abbacinati dal miraggio d'una promessa, che alle

volte è un'affascinante meteora, che fugacemente tramonta sull'orizzonte irrequieto della biologia.

Dall'armonico ed equilibrato connubbio della Clinica con le indagini di laboratorio la Neuropatologia deve attendersi i più brillanti e promettenti risultati. Oggi sentiamo la necessità di formulare più precocemente e con maggiore precisione una diagnosi; però questo sovente é possibile solamente col valido ausilio delle reazioni di laboratorio, le quali elevano il valore clinico di alcuni sintomi sfumati, che in un determinato momento rappresentano la nebulosa proiezione cinematografica iniziale delle più svariate malattie nervose. E' il laboratorio, con la istologia patologica, che ci ha affermato il fatto importantissimo che nella paralisi progressiva legioni di spirochete sono fortemente trincerate nel cervello, resistenti finora agli attacchi più vigorosi della terapia specifica, col privilegio delle suddette mobilitazioni ad ondate; ma è sempre dalle ulteriori ed armoniche indagini cliniche e di laboratorio, che si deve sperare di ottenere la capitolazione d'un parassita che attenta alla vita dell'individuo e contribuisce a preparare la degenerazione della razza. L'Endocrinologia, che ha determinata una vera rivoluzione nella biologia, e per opera anche di valorosi clinici italiani come CASTELLINO, VIOLA, PENDE, E. ASCOLI ed altri, ha illuminato punti importanti della neuropatologia. L'alterazione delle glandole a secrezione interna rappresenta una miniera di cause morbose endogene, per cui vengono meglio delineate alcune particolari malattie nervose; però non si deve pretendere dall'Endocrinologia più di quello che può dare; poichè implica sovente e la pluralità dei coefficienti morbosi, che insieme conglobati danno le interpretazioni esatte e complete. La laboriosa preparazione dello aggruppamento delle neuropatie sotto forma di sindromi è il preludio dell'orientamento verso classificazioni che rispecchino rapporti più esatti tra etiologia, patogenesi, e sintomatologia clinica. L'insegnamento di qualunque branca della medicina deve avere oggidì non solamente uno scopo professionale, ma anche sociale. Per la neuropatologia, come per la psichiatria, lo scopo sociale ha un'enorme importanza, perchè il sistema nervoso ha la suprema direzione di tutte le attività organiche. Una grande opera di profilassi sociale s'impone, e la neuropatologia e la psichiatria, chiamate a contribuire insieme alle altre branche consorelle della medicina, sapranno fare il loro dovere.

Illustri Colleghi,

Voi che rappresentate la parte eletta intellettuale della neuropatologia siamo sicuri che apporterete un contributo fecondo per gettare le basi di nuovi orientamenti. Nell'attuale momento storico della nostra vita nazionale, noi tutti, ispirandoci sempre al culto supremo della Patria, dobbiamo intensificare ed elevare la nostra produzione scientifica per guidare le nuove generazioni ai più alti destini.

La seduta è terminata alle ore 12.

Le Comunicazioni all'ordine del giorno erano le seguenti:

Neuropatologia:

Prof. R. Jemma — La diffusione del morbo di Heine - Medin a Napoli e dintorni.

» A. Angelucci — La decompressione chirurgica e le atrofie permanenti del nervo ottico da edemi di papilla negli stati passeggeri di aumento della tensione endocranica abbastanza comune nei soggetti giovani.

» G. Boeri — Sulle ipotrofie muscolari nella tubercolosi polmonare.

» G. Zacari — Sindromi amiostatiche e vie extra piramidali.

» O. Rossi — Sulle complicazioni cerebrali del morbo di Vasquez.

» G. D'Abundo — Tic e coree. Ricerche cliniche sperimentali.

» O. Fragnito - Dott. V. Sgarpini — Reperto anatomico in un caso di emicorea.

» A. Donaggio — Contributo alla conoscenza delle alterazioni dei centri nervosi nel Parkinsonismo post encefalico.

» L. Roncoroni — L'aprassia e i dati architettonici.

» F. Bonfiglio — Il problema della inoculabilità del «virus» paralitico nei conigli.

» E. La Pegna — Un interessante caso di paralisi progressiva.

» L. De Lisi — Caratteri, natura e prognosi di certi monotremori.

» V. Bianchi — Ferite cranio - cerebrali (contributo alla conoscenza delle localizzazioni).

Dott. I. Bertolucci — Contributo clinico alla teoria della « Lue nervosa ».

Prof. G. Boschi — Sindrome del seno cavernoso da adenoma dell'ipofisi.

» V. M. Buscaino — Patogenesi delle sindromi amiostatiche post - encefalitiche.

» G. Fumarola — Sarcoma del lobo temporale sinistro senza disturbi afasici.

Dott. F. Sabatucci — Un caso di tumore bilaterale dell'acustico.

» E. Medea — A proposito della sclerosi laterale amiotrofica.

» S. D'Antona — Un caso atipico di atrofia muscolare progressiva, forma Aran - Duchenne.

» C. Rossi — Sui postumi dell'encefalite letargica.

» P. Ottonello — Studio clinico sulla funzionalità epatica nella encefalite letargica.

» F. Cazzamalli — Delimitazione clinica e patogenesi della tabe.

» M. Sciuti — Nevralgia metatarsea anteriore (Malattia del Morton). Ricerche cliniche ed anatomo - patologiche.

Prof. L. Insabato — Casi clinici di degenerazione epato - lenticolare (pseudo - sclerosi e morbo di Wilson nella stessa famiglia).

Dott. A. Ferraro — Stato del simpatico e metabolismo basale nei cosidetti postumi dell'encefalite letargica.

Prof. Magaudda — Sopra uno speciale reperto leucocitario nella encefalite letargica.

» S. Gatola — Rilievi critici sintetici nelle sindromi parkinsonsimili post - encefalitiche in base ad una statistica personale di 50 casi.

» Dott. F. Sabatucci — L'atetosi doppia, esito di encefalite epidemica.

Prof. F. Burzio — Ricerche anatomo - patologiche sulle coree croniche.

» M. FERRARI — Sindromi nervose e psichiche da influenza. Rapporti coll'encefalite epidemica.

Dott. LEONE — Considerazioni sulle manifestazioni psicomotorie nei postumi di encefalite infettiva.

Prof. V. BEDUSCHI — Sopra un caso di agrafia pura occipitale tipo HENSCHEN.

» F. BALDI — Sopra una sindrome cerebello - bulbare.

Dott. G. FELSANI — Sopra un presunto meccanismo patogenetico delle convulsioni epilettiche.

Prof. L. RONCORONI — Le alterazioni dell'emotività nei postumi dell'encefalite letargica.

» E. LA PEGNA — Morbo di HEINE e polinevrite.

» S. D'ANTONA — Contributo clinico ed anatomico alla conoscenza delle sclerosi cerebrali diffuse.

» L. DE LISI — Sull'anatomia patologica del parkinsonismo da encefalite epidemica, con speciale riguardo al reperto di zolle gliali del cervello.

» O. ROSSI — Su di un caso di sindrome parkinsonsimile con gravi alterazioni epatiche.

» V. M. BUSCAINO — Dati riassuntivi sulla presenza di sostanze basiche abnormi e loro significato nelle sindromi extra - piramidali di amenza e di demenza precoce.

» L. INSABATO — Alcune osservazioni circa nuovi casi di encefalite epidemica nel 1923 e circa le sindromi postencefalitiche.

» L. INSABATO — Brevi notizie circa lo studio istopatologico di tre casi di encefalite epidemica.

» L. INSABATO — Possono le intossicazioni esogene dar luogo a sindromi anatomo - patologiche epato - lenticolari ?

Anatomia e Fisiologia:

Prof. G. MINGAZZINI — Concetto della funzione motoria del linguaggio.

» M. ZALLA — Esperienze sulle funzioni materne negli uccelli.

» N. Beccari = La costituzione del nucleo del fascio ottico basale dei Rettili e la sua probabile importanza nella produzione del riflesso pupillare.

» E. Luna — Lo sviluppo della volta e della base dell'encefalo in alcune specie di chirotteri.

» L. De Lisi — Caratteri sessuali dei gangli simpatici perisurrenali degli uccelli.

Psicopatologia:

Prof. E. Lugaro — L'incosciente in psichiatria.

» V. M. Buscaino — Componenti neurologiche della demenza precoce catatonica.

» E. La Pegna — Sindromi isteriformi prodromiche di dementia praecox.

» G. Modena — Periodicità o Psicogenesi delle idee fisse.

» L. Insabato — Ossessione e psicoterapia.

» A. Coppola — Infantilismi e ossessioni.

» E. Vizioli — Afasia e demenza in soggetto epilettico (Contributo alla conoscenza della demenza afasica).

» A. Coppola — Un mongoloide di 56 anni (con autopsia).

» A. Coppola — Eunucoidismo tardivo e predisposizione costituzionale.

Terapia e profilassi:

Prof. E. Aguglia e Dott. E. D'Abundo — Tentativi di terapia con innesti di malaria terzana nella paralisi progressiva, nelle sindromi parkinsoniane, nella demenza precoce e nell'epilessia.

» G. Modena e Dott. N. Paoli — Tentativi di cura della paralisi progressiva con l'innesto di malaria terzana.

Dott. G. Tarozzi — L'assistenza dei neuropatici.

Prof. G. C. Riquier — Osservazioni sull'impiego dei sali di bismuto nella terapia delle neurosifilidi.

» G. Panegrossi — Sulla cura del morbo di Basedow.

» E. Levi — Azione svolta dall'Istituto d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale per la prevenzione delle malattie nervose e mentali, e programma di attività futura in collaborazione con la Società Italiana di neurologia.

» E. Medea — Il bismuto nella cura della tabe e della paralisi progressiva.

Dott. G. Felsani — Le malattie mentali in rapporto alla immunoterapia.

Prof. G. C. Riquier — Sui risultati operativi nelle lesioni dei nervi periferici per ferite di arme da fuoco.

Anatomia patologica ed Istologia:

Prof. A. Donaggio — Nuovi dati sulle degenerazioni iniziali delle fibre nervose centrali.

» F. Bonfiglio — Demenza senile atipica di Alzheimer - Perusini ed atrofia corticale senile circoscritta di Pick.

» V. M. Buscaino — Nuovi dati sulla genesi patologica delle zolle di disintegrazione a grappolo. Reperti in un caso di demenza precoce catatonica.

» F. Burzio — Contributo allo studio anatomo-patologico della cisticercosi cerebrale.

» O. D'Allocco — Giudizio epicritico sopra una inferma di tumore cerebrale.

Dott. C. Rizzo — Un metodo facile per l'impregnazione del sistema nervoso centrale.

Prof. J. Bertrand e Dott. Ferraro — Contributo alla conoscenza dell'anatomia patologica della degenerazione sub acuta del midollo spinale.

» G. Ansalone — Contributo alla istologia patologica della demenza precoce.

Dott. E. Santanelli — Contributo allo studio sulla genesi e sviluppo degli elementi nervosi.

Prof. G. Ajala — I tumori del cervelletto.

» G. Panegrossi — Sopra un caso di sarcoma sottocorticale della regione operculare sinistra

» A. Donaggio — Procedimenti per l'indagine globale di elementi varî del tessuto nervoso.

» A. Donaggio — (a nome dell'aiuto Dott. T. Testa) Il corpo calloso nell'alcoolismo subacuto sperimentale.

» A. Donaggio — (a nome c. s.) Ricerche sulla fine struttura del « Locus niger ».

» G. Ajala — Ulteriori ricerche sul nucleus subputaminalis.

Dott. C. Rizzo — Placche senili ed alterazioni di Alzheimer.

Prof. L. Roncoroni — Le alterazioni della sensibilità nei feriti cerebrali di guerra.

» G. Galligaris — Le linee iperestesiche del corpo.

» B. Rodriquez e A. Pinos (Barcellona) — Contributo allo studio dei rapporti tra costituzione somatica e malattie mentali.

» A. Coppola — Al riflesso plantare di Pussep può attribuirsi un significato semiologico?

COMUNICAZIONI

Si apre la seduta sotto la presidenza dell'illustre prof. Bianchi, cui segue quella del chiarissimo prof. Tanzi.

Sul morbo di Heine - Medin

Comincia col riferire il prof. Iemma che tratta sulla diffusione piuttosto larga in Napoli e dintorni del morbo di Heine - Medin e richiama l'attenzione sui suoi dati statistici, che hanno sempre più precisato il carattere epidemico della sindrome, carattere che occorre mettere in rilievo, perchè costituisce un elemento essenziale per la profilassi. La discussione, aperta dal prof. Modena, cui rispondono i Proff. Bianchi, D'Abundo, Negro ed Insabato, conferma che la manifestazione del morbo è abitualmente epidemica. La comunicazione è stata molto apprezzata ed il prof. Iemma ha ricevute molte congratulazioni.

Sull'atrofia permanente del nervo ottico da edemi di papilla

Prende quindi la parola il prof. ANGELUCCI, il quale con abbondanza di argomentazioni riferisce sull'atrofia permanente del nervo ottico da edemi di papilla, da lui spesso osservata in soggetti giovani e ad etiologia ignota. Aggiunge che il sussidio terapeutico più efficace nella gran parte dei casi è stata la decompressione endocranica con la puntura lombare, la quale ha portato notevole miglioramento alla funzione visiva di questi pazienti.

Il prof. MIRTO reca un contributo personale di osservazioni a conferma della statistica del prof. ANGELUCCI. Interviene quindi nella discussione il prof. AYALA, che dichiara come anch'egli nella clinica neuropatologica di Roma, in concorso di colleghi oculisti, sta studiando la sindrome e dichiara di poter affermare che essa non va semplificata alla sola nevrite ottica. Vi è una triade sintomatica, e cioè, oltre la nevrite ottica, ipertensione del liquido cefalo-rachidiano, e cefalea persistente. Quindi questa sindrome, che egli preferisce chiamare coriodo ependimite sierosa, rientra più nel campo neurologico che non in quello oftalmologico.

Sul dolore e l'atrofia del cucullare

La parola quindi è dal presidente concessa al prof. BOERI, l'eminente clinico dell'Università di Napoli. Egli illustra il suo sintomo del dolore e della atrofia del cucullare, che dichiara prezioso per la diagnosi precoce della tubercolosi apicale incipiente ed illustra anche il sintomo del prof. IACONO per la medesima diagnosi. In quanto al meccanismo patogenetico prospetta l'ipotesi che si tratti di un riflesso neurotrofico. La discussione che si apre su questo argomento è assai viva. Vi partecipano il prof. NEGRO di Torino, il prof. ROSSI di Sassari, il prof. BUSCAINO di Firenze. Ad essi risponde il prof. IACONO e specialmente il relatore prof. BOERI, il quale dichiara che egli alla comunicazione non ha inteso dare altro valore che quello di un sintomo, che in pratica si mostra assai utile per la diagnosi precoce di tubercolosi pulmonare, qualunque possa essere il suo meccanismo patogenetico, che ulteriori studi potranno meglio chiarire.

Sull'Emicorea

Il Prof. FRAGNITO comunica il reperto anatomo - patologico di un caso di emicorea pura, senza disturbi di «deficit» motorio e senza disturbi di senso. La lesione, secondo il suo reperto assai dimostrativo, di cui esibisce numerosi esemplari, colpisce la testa del nucleo caudato e la parte anteriore del putamen.

I centri nervosi nel Parkinsonismo post - encefalitico

Il Prof. DONAGGIO, sull'argomento «Contributo alla conoscenza delle alterazioni dei centri nervosi nel PARKINSONISMO post - encefalitico», porta un contributo di originali ricerche istopatologiche ottenute con i suoi metodi; e ciò specialmente a proposito della fine anatomia patologica da lui studiata del «locus niger».

Sull'eritremia

A lui segue il prof. OTTORINO ROSSI di Sassari, il quale illustra due casi di eritremia con complicazioni nervose. L'eritremia, aggiunge, è malattia non frequente e le complicazioni nervose di essa sono rare. Da ciò l'interesse della comunicazione dell'O. il quale la completa con considerazioni cliniche e fisiopatologiche assai importanti.

Sui movimenti coreici

Prende quindi la parola il presidente della Società di Neurologia prof. D'ABUNDO il quale presenta una interessantissima cinematografia dimostrativa di casi di movimenti coreici e di tics in cani ed un caso in un uomo, caso specialissimo per la continuazione dei movimenti durante il sonno. Il prof. D'ABUNDO ha potuto sperimentalmente riprodurre tali fenomeni in conigli.

Secondo i suoi risultati le lesioni anatomo - patologiche consisterebbero in degenerazioni delle corna posteriori di alcuni speciali segmenti del midollo spinale. L'interessante argomento e la sua dimostrazione lucida e conclusiva ha riscosso la unanime approva-

zione, e, su proposta del prof. BIANCHI LEONARDO, la discussione di questo tema sarà fatta dopo che gli altri relatori, iscritti sullo stesso argomento, avranno trattato la loro relazione.

LA SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL GIORNO 8

VOTO ALL'ISTITUTO DI PREVIDENZA

La seduta si apre alle ore 10 sotto la presidenza del prof. Donaggio.

Su proposta del prof. « d'Abundo » si plaude alla attività fin qui svolta dall'Istituto Italiano di Igiene Previdenza ed Assistenza sociale diretto dal prof. Levi, e si conferma ad esso il mandato di definire, d'accordo con la Commissione già nominata, il futuro programma di propaganda.

Parkinsonismo postencefalitico

È data quindi la parola al prof. « DE LISI », il quale illustra importanti reperti anatomo-patologici di parkinsonismo postencefalitico, confortandoli con la dimostrazione di microfotografie.

Altro largo contributo anatomo-patologico porta all'argomento il prof. « INSABATO », che riferisce su molteplici casi da lui osservati. Anche sui postumi, specie psicomotori, della encefalite epidemica parla il dott. « LEONE », che ha studiato numeroso materiale nel Manicomio di Ancona.

Si apre quindi una vivace discussione sulla natura delle lesioni nelle sindromi postencefalitiche, cui partecipano i proff. « DONAGGIO. RONCORONI, AYALA, TIROZZI, INSABATO, d'ANTONA, CALLIGARIS, VIZIOLI,».

Patogenesi delle sindromi amiostatiche postencefalitiche

Riferisce quindi sul tema « Patogenesi delle sindromi amiostatiche postencefalitiche » il prof. « BUSCAINO » il quale accenna ad una tesi nuova sull'argomento, assai interessante, che conforta con argomenti dimostrativi. Alla discussione sul tema intervengono i dottori ROSSI, DE LISI, OTTONELLO, MACAUDDA, D'ANTONA.

Sull'Aprassia e i dati architettonici

Parla, quindi, il prof. Roncoroni comunicando osservazioni importanti sulla « Aprassia e i dati architettonici ».

Tumori cerebrali

Il Prof. FUMAROLA comunica un caso di sarcoma del lobo temporale sinistro.

Il dott. SABATUCCI segue con il reperto su altro importante caso clinico di tumore bilaterale dell'acustico.

Sclerosi cerebrali diffuse

Il Prof. D'ANTONA riferisce sulle sclerosi cerebrali diffuse, al quale argomento porta un largo contributo clinico ed anatomico. Egli proietta numerosi preparati, che costituiscono la prova della indagine e fine selezione che il D'ANTONA ha portato al suo materiale di studio.

Tabe

Ha poi la parola il prof. CAZZAMALLI, il quale porta il contributo clinico e citodiagnostico derivante dalla osservazione di varie centinaia di casi studiati.

La sua tesi è discussa dai proff. BIANCHI e MINGAZZINI, i quali, associandosi all'oratore, affermano la necessità che nella diagnostica sui dati di laboratorio prevalgano quelli clinici.

Morbo di Morton

Segue la comunicazione del Prof. SCIUTI su un raro caso di morbo di MORTON, pel quale potette sicuramente indicare la opportunità di un intervento chirurgico, che restituì l'infermo guarito.

Il simpatico nei postencefalici

Prende la parola il dott. FERRARO per trattare sullo stato del simpatico e del metabolismo vasale nei postencefalici.

Alla discussione partecipano il prof. ROSSI ed il dott. BELLONI.

Sindrome cerebello - bulbare

Il prof. BALDI FELICE riferisce sopra una sindrome cerebello - bulbare, e dall'esame di essa de luce dei concetti diagnostici importanti, portandovi il contributo di rilievi semiologici, che meglio di altri valgono ad inquadrare la forma morbosa. Alla discussione intervengono i proff. MINGAZZINI ed AYALA.

La diagnosi di nevrosi traumatica

Il Prof. ZUCCARELLI espone un suo caso, che gli ha offerto motivo di rilevare un riflesso dimostrativo per la diagnosi di nevrosi tramatica. Illustra la relazione con cinematografia.

Funzioni materne degli uccelli

Il Prof. ZALLA espone una relazione sulle funzioni materne degli uccelli, da lui artificialmente provocate. Egli non espone ipotesi sull'utilità che questo studio, se sviluppato, potrà portare alla localizzazione degl' istinti.

Interloquiscono i proff. DONAGGIO, DELISI, SANTARELLI.

Inoculazione di terzana malarica nei paralitici

Infine i proff. MODENA, AGUGLIA ed EMANUELE D'ABUNDO riferiscono sui tentativi di inoculazione di terzana malarica nella cura dei paralitici progressivi e di altri dementi. Partecipano alla discussione numerosi oratori, i quali concludono unanimamente che il tentativo va proseguito indipendentemente dalle spiegazioni che

sui risultati si possono dare, sia per il beneficio, che indubbiamente ne deriva a tanti sofferenti, sia perchè esso certo rappresenta un notevole contributo alla cura delle malattie mentali. In proposito il prof. MINGAZZINI propone un'ordine del giorno affermando la grande utilità di queste cure, se pure ancora oggi allo stato di esperimento.

L'incosciente in Psichiatria

Il prof. LUGARO svolge l'interessante tema «l'incosciente in Psichiatria», argomento che l'O. tratta con magistrale competenza. Il prof. BIANCHI ricorda essere stato egli uno dei primi a schierarsi contro il simbolismo e le esagerazioni della scuola psico-analitica.

Lamenta la tendenza, che anche oggi si fa strada, di volere trarre conclusioni generali con una certa facilità senza basi e dati di fatto provati e dimostrati.

Propone infine che tema generale di un prossimo congresso possa essere lo studio delle emozioni e dei rapporti fra la corteccia cerebrale e la zona sottocorticale, in rapporto anche alle glandole endocrine.

Il prof. RONCORONI fa alcuni rilievi clinici.

Degenerazioni delle fibre nervose

Il prof. DONAGGIO svolge due comunicazioni: la prima dei nuovi dati sulle degenerazioni iniziali delle fibre nervose; la seconda, riguardante il corpo calloso nell'alcoolismo subacuto e cronico.

Non fu possibile, per mancanza di tempo, la trattazione di altre importanti Comunicazioni, che saranno pubblicate negli Atti del Congresso.

La Società, dopo avere all'unanimità eletto Presidente il prof. Sen. LEONARDO BIANCHI, stabilisce Torino a sede del prossimo Congresso di Neurologia.

Le onoranze a Leonardo Bianchi

Anche noi di questo « Manicomio » (1) volgiamo il pensiero, ammirando, al Maestro illustre, che si allontana dall' insegnamento ufficiale, che scende acclamato, per limite di età, dalla Cattedra di Psichiatria e Neurologia dell'Università di Napoli, ma che non abbandonerà per certo la Scienza sua prediletta.

Le manifestazioni di vivo affetto, di alta stima sono state veramente solenni, degne dell'Uomo, che si voleva onorare, della antica Università di Federico II, celebrata tanto per la sua Scuola medica, degli illustri cultori della Scienza, che vi presenziarono, che vi aderirono. Esse si svolsero nell'Aula magna dell'Università, incapace di contenere il numero stragrande di intervenuti: dalle alte autorità civili politiche militari alle illustrazioni della Scienza medica, dagli antichi ai recenti allievi.

Sul palco di onore stava una targa in marmo, con sbalzo in bronzo rappresentante l'effige di LEONARDO BIANCHI, con una epigrafe del prof. FABRIZIO PÀDULA, che diceva;

Praestantissimi ingenii operibus
Sapientem in orbe fulget nomen
Decora vita Schola civisque virtutibus
Omnes educuit omnibus illuxit
Hic Universa
Nomen amamus et virum
Utinam per saecula vivat
Mirare juventa et sequere

Nè è da meravigliare: per LEONARDO BIANCHI l'ammirazione è tale che qualsiasi parola elogiativa non può essere pari alle virtù dell'Uomo: qualsiasi onore è sempre inferiore al valore individuale, per il posto, che, insieme ai suoi contemporanei LOMBROSO, TAMBURINI, MORSELLI, occupa nella storia della Psichiatria italiana.

(1) Il Manicomio di Nocera Inferiore era rappresentato dal suo Direttore Prof. Comm. DOMENICO VENTRA e dal V. Direttore Dott. Cav. RAFFAELE CANGER. Telegrafò in termini affettuosi il medico primario dott. SALVATORE TOMASINI, già suo assistente

Mente geniale, pensiero ecclettico, non si sa più se apprezzare l'affascinante oratore del Parlamento o lo scienziato dotto della cattedra. Egli mantiene ancora, nella forte vecchiezza, l'agilità della mente fosforescente, limpido il pensiero, sempre elegante la parola; in ogni sua opera si rileva ancora l'ardore giovanile e la esperienza della maturità: lo dice l'ultima sua lezione su « La vecchiezza », con cui ha voluto salutare dalla Cattedra gli ultimi suoi allievi.

Ma Egli, pur silenzioso dalla Cattedra, conserverà certamente la sua Scuola, che continuerà ancora quale centro di Scienza e di Fede, perchè nessuna legge impone limiti di età al pensiero. Noi conosciamo la sua grande produzione scientifica e siamo dolenti di non poterla elencare, del resto è nota ad ogni alienista: ma non posso io, già suo assistente, che nell' intimità del laboratorio ne ho ammirato il fulgido pensiero e l'animo buono, che l'ho seguito nell'ansia del quotidiano lavoro, nell'ardore della ricerca, nella speranza dei risultati nuovi, non rivolgere qui il saluto riverente.

Il suo pensiero fu per anni come un faro luminoso, i cui fasci di luce si spandevano da per tutto: sociologo, uomo politico e pensatore; conferenziere e volgarizzatore, Maestro insigne nella Cattedra, oratore elegante nella tribuna Parlamentare; ricercatore sottile e sperimentatore valoroso nel Laboratorio; fattivo ed illuminato ministro, padre di una affettuosità non superabile: da per tutto lascia l'orma del suo passaggio.

Come deputato al Parlamento, come Ministro, dagli alienisti è ricordato come l'ordinatore dei servizi di assistenza degli alienati e dei Manicomi d'Italia, come Colui che diede incremento e valorizzò nuovi studi, creando cattedre di Antropologia criminale e di Psicologia sperimentale; ed anche per la Patria in guerra è stato il Ministro organizzatore dei servizi psichiatrici.

Ai suoi allievi, oggi, domani, il dovere di imitarne le virtù, seguendone le orme, quello di continuare la Sua Scuola.

Dei numerosi discorsi noi pubblichiamo quelli del Prof. D'ABUNDO, suo successore nella Cattedra di Psichiatria nella R. Università di Napoli, e la risposta del Sen. Prof. LEONARDO BIANCHI.

S. Tomasini

Il Prof. d'Abundo

Il Prof. d'Abundo, presidente della Società Italiana di Neurologia, pronunzia il seguente discorso:

Mi sia consentita la parola per brevi istanti, sia come il più anziano degli scolari di Leonardo BIANCHI, sia come rappresentante della Società Italiana di Neurologia, che ho l'alto onore di presiedere, e di cui offro il saluto e l'omaggio.

Le solenni onoranze, che vengono oggi tributate al Grande Maestro della Neuropsichiatria italiana, costituiscono una sentita manifestazione di ammirazione e di affetto. Nella sua opera scientifica, feconda e geniale BIANCHI intuì per tempo e mirabilmente i grandi orizzonti della neuro - psichiatria moderna, con la Clinica saldamente imperniata sopra una base anatomo - patologica - istologica, e l'esperimento diretto non solamente a rishiarare i punti più nebulosi della fisio - patologia nervosa, ma a creare forti pilastri sui quali gettare nuovi ponti di concezioni scientifiche originali.

Lo scienziato geniale si rileva dagli argomenti di grande importanza da lui affrontati, basandosi essenzialmente sopra fatti di osservazione ed esperimenti; e BIANCHI fu nel campo sperimentale un esploratore ardito e geniale, che seppe affermare all'Italia scientifica l'annessione di reali conquiste che elevarono il livello della neuropatologia e della psichiatria nazionale. L'argomento della fisiologia dei lobi frontali, da lui affrontato e sviscerato profondamente con delle indagini sperimentali, riguarda le aree associative, che rappresentano la chiave dell'edificio intellettuale. È in queste aree che si annidano e si elaborano le intime effervescenze dello spirito; sono le aree associative che rappresentano gli abissi del cervello, e che BIANCHI con tenacia impareggiabile volle e seppe scrutare con la luce dell'esperimento, e con l'analisi psicologica del profondo e vigoroso pensatore. E nell'opera poderosa « La Meccanica del cervello e la funzione dei lobi frontali » egli sintetizza oltre un ventennio di grande operosità fattiva, che afferma la dignità gerarchica associativa più elevata e direttiva del lobo frontale sulle altre aree associative cerebrali.

Memorabile è il contributo portato da BIANCHI alla dottrina del linguaggio fin dal 1886; « e la demenza afasica e la sindrome parietale » rimangono intangibili in mezzo alla odierna crisi che, travaglia questo importante argomento.

Senza alcun dubbio BIANCHI ha contribuito validamente all'esportazione di un materiale scientifico di prim'ordine all'estero, dove altamente le sue opere sono apprezzate, tanto che è con legittima soddisfazione che la nostra Società di Neurologia ha visto dedicare da Henschen a LEONARDO BIANCHI un volume della sua recente opera sulla patologia del linguaggio, mentre a Manchester veniva nominato Doctor Honoris Causa.

LEONARDO BIANCHI è arrivato alla psicologia ed alla sociologia con una larga e vasta preparazione anatomo - fisiopatologica - istologica del sistema nervoso, per cui le sue elucubrazioni di pensatore hanno profonde radici, alimentate dall'osservazione dei fatti concreti, che preferì sempre alle ipotesi brillanti. Egli colla mirabile duttilità del suo cervello, e con la fortunata sua organizzazione psichica, non è solamente il neurologo e lo psichiatra, ma è lo psicologo ed il sociologo, il brillante conferenziere, è l'uomo politico che sia nei problemi di istruzione e di educazione, come nelle questioni morali e sociali apporta sempre le sue vedute personali, le sue iniziative col vigore e con l'acume delle sue argomentazioni, che attraggono ed incatenano gli studiosi.

La Società Italiana di Neurologia sarà lieta di averlo a suo Presidente nel prossimo biennio, ed a lui toccherà organizzare il VII Congresso Neurologico Italiano che avrà luogo a Torino.

A ricordare queste solenni onoranze sono state raccolte in un volume le principali conferenze del Maestro Insigne. In una targa eseguita con arte finissima dall' illustre Prof. Padula è rappresentata in un meraviglioso basso rilievo la figura nobilissima del Maestro. Ed infine colle somme raccolte sarà istituito un premio LEONARDO BIANCHI, quale perenne ricordo del Genio Italico alle future generazioni.

LEONARDO BIANCHI RISPONDE

Salutato da vivi applausi, si leva a rispondere LEONARDO BIANCHI. L'illustre scienziato appare commosso:

Comincia col dichiararsi in un particolare stato d'animo che gli renderà difficile di esprimere in maniera adeguata la commozione in lui destata dal telegramma col quale la Maestà di VITTORIO EMANUELE ha voluto onorare la sua modesta persona. E con eguale gratitudine ringrazia S. E. MUSSOLINI e S. E. GENTILE Mi-

nistro della P. I. che hanno voluto farsi rappresentare alla cerimonia.

Indi prosegue:

« Tutti voi che siete qui convenuti, voi nevrologi e nel contempo psicologi, che per abitudine spirituale e scientifica penetrate gli intimi recessi dell'anima umana, ben potete comprendere quanto io sia profondamente commosso. Voi insegnate che la emozione possiede bensì un linguaggio, ma quanto è ben differente da quello del ragionamento, e non si esprime con parole. Queste l'attenuano quando non la deformano. Vorrei tutto riassumere in un « grazie » e scomparire. E tuttavia è dovere che io almeno qualche pensiero vi rivolga.

Avevo il proposito di impedire ogni forma di manifestazione per il mio ritiro dall'insegnamento: avevo espresso ai carissimi amici il desiderio sincero di passare quello che mi rimane di vita nella quiete del riposo, forse anche nell'ombra del crepuscolo. Ma il mio rifiuto dovè cedere alla loro generosa insistenza, quando mi fu prospettata la possibilità di raccogliere una somma, la cui rendita permettesse di offrire un premio d'incoraggiamento biennale o triennale ai più fortunati ricercatori nel campo vastissimo della nevrologia. La proposta esercitò su di me un'azione magica, perchè trovò nella mia anima una eco vivissima. La Nevrologia fu la mia passione, alla quale molto giovane, sacrificai persino la posizione che mi ero guadagnato in Clinica Medica generica; e più tardi quella politica. Voi siete qui convenuti per esaltare questa passione e il lavoro assiduo, faticoso, perseverante che essa ha sostenuto vivificandola per circa 40 anni, la passione che ho trasfusa ai miei migliori discepoli, i quali, a loro volta, hanno contribuito ad elevare il grande edificio di questa scienza relativamente giovane, con osservazioni e scoverte di molto valore. Il significato civile di queste onoranze in ciò solo riassumere si deve: che ai giovani viene prospettato un esempio di costanza e di passione del lavoro in quanto il progresso umano dall'imitazione e dall'esaltazione riceve impulso: dappoichè quella che fu la mia produzione scientifica può valere tanto quanti altri nevrologi contemporanei hanno predetto. L'Italia vanta nevrologi di altissimo valore.

Mi limito a ricordare tra i più vecchi e trapassati solo due, che sono due punti luminosi nella storia della Nevrologia italiana: Golgi e Lombroso. Ricordo Lombroso, come il più originale e geniale della psichiatria italiana, perchè la psichiatria e tutti i vasti

temi che ad essa si riferiscono sono capitoli della Nevrologia. Che importa che la dottrina lombrosiana è stata molto ridotta e trasformata? Le dottrine sono come flutti incalzati da altri e poi da altri, e ritornano nell'Oceano della conoscenza generale, talora senza nomi. Gli scienziati non sono artisti che scolpiscono sul marmo, o ritraggono sulla tela la concezione estetica che è della universalità. Il marmo e la tela sono assai più resistenti alla potenza logoratrice del tempo. Gli scienziati non creano opere d'arte, osservano fatti, scovrono leggi. Pochi li conoscono. La natura si rinnova, mutano la vita e la sua patologia, e gli scienziati sono travolti dal rinnovarsi delle cose. Ma se le dottrine vengono semplificate, epurate, trasformate e sospinte talora al tramonto, allorquando hanno una base di osservazione lasciano dietro di loro una scia, una luce insita al complesso di fatti, i quali suscitano e perfezionano il potere percettivo degli altri, e poi di altri, e per tal guisa costituiranno gli elementi integrativi di nuove conoscenze, di altre dottrine, le quali assumeranno altri nomi, non importa.

Ora quando io penso a quello che hanno dato di pensiero e di fatti nuovi accertati alla Nevrologia ed alla conoscenza della vita e della sua anima, MORSELLI, MINGAZZINI, TANZI, D'ABUNDO, LUGARO, FRAGNITO, RONCORONI, DONAGGIO, COLELLA ed altri colleghi più giovani dal cui fervido lavoro sfavillarono nuove conoscenze, io devo attribuire l'onore che avete voluto rendermi al fatto che sono il primo della lunga lista a varcare legali limiti di età. Non è improbabile che voi, professor D'ABUNDO, fervido organizzatore di queste onoranze e tutti i vostri collaboratori avete voluto cogliere questa occasione per prospettare la importanza e la dignità somma che la Nevrologia ha raggiunto, ed i campi vastissimi sui quali spande semi fecondi. Questo ascoso pensiero sarebbe assai più rispondente alla importanza che queste onoranze hanno assunto. Non è senza ragione che la Nevrologia, tra molti uomini di cultura estranea ad essa, abbia suscitato non poche simpatie.

E' la Nevrologia che fornisce la prova più perentoria della evoluzione e del divenire della vita. La evoluzione morfo ed istologica del cervello, quest'organo che riassume la natura e le sue forze connesse con la evoluzione spirituale, paralizza ed annulla ogni tentativo di restaurare una dottrina, la quale s'impernia sul pregiudizio della statica.

Niente è, tutto diviene, scriveva non è guari LIMDANSY. Il cangiamento ed il flusso sono fenomeni universali, La perfezione

non esiste: ogni cosa tende verso uno scopo imprevedibile, che forse non sarà mai raggiunto. Questo concetto filosofico che è di oggi e fu di DARWIN, non è che la parafrasi di un grande naturalista latino, Lucrezio Caro.

Nell'immortale poema egli canta: «Tutto traveste il tempo nell' immenso Universo, e tutte debbono le cose assumere l'uno stato dopo l'altro. Nè alcuna ve n'ha che rimanga identica a se medesima; tutto trapassa, tutto in natura si trasforma ».

Sotto questo riguardo il contributo che ha dato la Neuro - Patologia alla chiarificazione di uno degli argomenti molto discussi da filosofi e teologi è veramente straordinario. Intendo parlare della origine del linguaggio. Senza il concorso delle ricerche neurologiche, quelle dei linguisti e dei filologi, tra i quali mi piace ricordare, tra gli italiani, ALFREDO TROMBETTI, ed il suo più fiero oppositore LUCCHETTI, si lascerebbero dietro di loro dubbii, incertezze e polemiche atte sole a svalutare i risultati delle loro ricerche. Su questo terreno il nevrologo ha compiuto un lavoro analogo a quello del geologo, il quale, spaccando e scheggiando col piccone le rocce, ha scoperto decisivi elementi di fatto per ricostruire la storia delle origine e delle fasi di formazione del mondo che abitiamo.

E' la Nevrologia che oppone per virtù intrinseca senza preconcetti, senza polemiche e senza averne essa stessa consapevolezza, difficoltà al neo - spiritualismo, che qui ed altrove pervade i campi di coltura, estranei alle scienze naturali, e in special modo alla Nevrologia.

Nessuna branca della Biologia e della Medicina ha tanta attinenza con la sociologia, con la organizzazione e la vita del gruppo sociale ed etnico. Basterebbe ricordare il forte contributo che la Nevrologia ha dato alla etiologia ed alla conoscenza della natura del delitto, e quello che darà ai mezzi ed ai metodi per reprimerlo.

Conoscenze precise e preziose ha fornito la Nevrologia sulle leggi del lavoro cerebrale e della stanchezza cerebrale, da cui scaturirono le applicazioni miranti a regolare il lavoro mentale degli alunni nelle scuole, a fine di irrobustire l'intelletto e il carattere della razza e ad assicurarne le fortune.

La ricerca assidua del nevrologo è riuscita a mettere in luce numerose ed indiscutibili prove di una legge universale che regola la vita: intendo dire della eredità. Non importa che le leggi del MENDEL non si riscontrano nell'uomo con la regolarità riscontrata nei piselli e nei mammiferi inferiori dal MENDEL e da molti altri.

La vita dell'uomo è molto più complessa, le circostanze in mezzo alle quali essa si svolge sono così numerose e diverse, che noi possiamo spiegare le apparenti infrazioni a quelle leggi, che sono quasi costanti negli esseri inferiori. Ma se ben si spinge addentro l'indagine acuta, si trova quasi sempre nel campo della mente normale, come nella logica umana, la eredità dei connotati predominanti e recessivi, sopratutto nelle attitudini mentali. Ed io son sicuro che quando codesta conoscenza avrà penetrato lo spirito dei corpi legislativi e degli uomini di governo, per solito chiuso ai progressi delle scienze ed alle verità che scaturiscono dal loro meraviglioso progredire, essa imprimerà una nuova direttiva alla legislazione sanitaria, la quale dovrà prima o poi affrontare la quistione eugenica. Questa si ricollega fatalmente a due grandi problemi: quello di sviluppare, per selezione, le latenti energie della razza, migliorandole, e l'altro della iperpopolazione che comincia a preoccupare molti paesi civili: un problema come quello della iperpopolazione sfugge purtroppo a noi italiani che ci addensiamo paurosamente su una superficie di terra relativamente poco estesa ed insufficiente a nutrirci. Ebbene un siffatto problema s'impernia sull'eugenismo, quale scaturisce dai fatti messi in luce dai progressi della medicina e delle scienze naturali, ma più particolarmente dalla Nevrologia. L'Eugenismo prima o poi s'imporrà alla mente del legislatore. Come vedono, o signori, la Nevrologia varca i confini della conoscenza delle malattie nervose, il cui incremento è proporzionato alla complessità del lavoro umano ed all'orientazione troppo edonistica della vita, e non si affatica solo alle ricerche dei mezzi e metodi per curarla, ma spazia ed illumina i vastissimi campi della sociologia e della legislazione.

Signori! vi esprimo le mie più fervide azioni di grazie per l'onore che avete voluto rendere col vostro intervento non a me, ma alla scienza nevrologica e ai suoi rappresentanti. Ringrazio tutti quelli, che ad essa profani, hanno voluto dedicarle un sentimento così delicato e generoso. Ringrazio il sig. Sindaco di questa grande metropoli delle parole cortesi rivoltemi, la Direzione generale della Sanità per il cospicuo contributo inviato per la borsa di studio in quanto l'igiene mentale e la profilassi delle malattie nervose va acquistando una impreveduta importanza. Ringrazio l'amministrazione della provincia sempre generosa per incoraggiare i nobili intenti; ringrazio i colleghi di qua e di tutta Italia e dell'estero, e quelli che anche da oltre Oceano rivolsero un pensiero cortese agli

intellettuali della loro patria. Invio un saluto pieno di gratitudine ai miei conterranei sanniti in Filadelfia per il loro contributo. Li ringrazio perchè la ricerca scientifica esige, oltre che spirito di sacrificio, molti mezzi di laboratorio bene arredati, e lo Stato italiano spesso è povero quando si tratta di incoraggiare gli oscuri lavoratori della scienza, in laboratori spesso modesti, dove il tormento ostinato del pensiero e dell'opera scintilla talora verità, che conferiscono onore al paese, maggior sicurezza e più gioie alla nostra esistenza, ed armi più idonee alla lotta per la vita.

Saluto e ringrazio la « Corda Fratres » e tutti voi giovani, speranza della Patria. Vi ringrazio specialmente perchè, dopo avere offerto con fierezza romana i vostri petti baldi alla difesa del diritto della razza di vivere sicura sulla sua terra, fra i suoi naturali confini, dopo che il secolare nemico d'Italia, il feroce dominatore di questa provincia, avete schiacciato sulla Piave, sul Grappa, sul Carso inospitale e selvaggio inzuppato dal nostro sangue migliore, e vinceste definitivamente la grande guèrra a Vittorio Veneto, siete ritornati sereni al lavoro, animati da sacro entusiasmo per la cultura, e destinati ad accrescere col vostro forte intelletto dignità alla Patria e fortuna all'avvenire della razza, la quale si prepara nel modesto sacrario della coscienza, che ormai anima tutto il movimento civile dell'umanità. In essa noi prendiamo il nostro posto d'onore.

IV. Congresso nazionale di Psicologia

(*Firenze 22-25 Ottobre 1923*)

Il IV. Congresso nazionale di Psicologia venne inaugurato il 22 Ottobre nell'Aula magna dell'Istituto di Studi superiori di Firenze, presente S. E. il Sottosegretario alla Pubblica Istruzione, rappresentante il Governo, e le Autorità cittadine.

Dopo il saluto augurale del Sindaco di Firenze, prese la parola il Prof. Francesco De Sarlo, Presidente del Comitato ordinatore, che volle dimostrare le attinenze che la Psicologia ha con gli studi filosofici e con la biologia, concludendo con la necessità che sia all'insegnamento della Psicologia riconosciuto il posto che gli si deve negli studi universitari. Parlarono in seguito il Prof. Kiesow, Presidente della Società italiana di Psicologia, il Prof. Marinelli, preside della facoltà di Lettere e Filosofia e S. E. Lupi.

Le Comunicazioni all'ordine del giorno, oltre le quattro relazioni, erano:

Dott. Weiss (Trieste) — Sulla Psicoanalisi.

Prof. Colucci (Napoli) — Rilievi psichici di Eugenio Malossi (sordomuto - cieco - anosmico).

Dott. Musatti (Padova) Sui fenomeni stereocinetici.

Prof. Bonaventura (Firenze) — Doppio tachistoscopio a caduta per lo studio dell'attenzione, del tempo di apprendimento e della percezione del tempo.

Dott. Calabresi (Firenze) — La determinazione del presente psichico.

Prof. Kiesow e Dott. Gatti (Torino) — Nuove ricerche sulla legge di Weber nel campo delle sensazioni tattili.

» Bonaventura (Firenze) — Ricerche sperimentali sulla inibizione volontaria dei movimenti.

» Salmon (Firenze) — Istinto ed emozione.

Dott. Rieti (Firenze) — Sulla patogenesi del suicidio.

» Gatti (Torino) — Rapporti fra la cultura interna e la cultura esterna degli australiani.

Prof. De Sanctis (Roma) e Dott. Corberi (Milano) — Sulle cause del lavoro mentale.

» Benussi (Padova) — Sul fenomeno di Panum.

Dott. De Marchi (Padova) — Sulle valutazioni di collettività.
» Caldo (Napoli) — L'azione del freddo sul polso cerebrale.
Prof. Colucci (Napoli) — Sul significato dei movimenti del cervello.
» Salmon (Firenze) — Sul meccanismo dei fenomeni isterici.
» Balilla (Firenze) — Sull'insegnamento della psicologia nelle scuole medie.
» Kiesow (Torino) — Alcuni fenomeni dell'ottica psicologica.
Dott. Assagioli (Firenze) — Per una nuova psicologia individuale.
Prof. Billia (Firenze) — Omeopatia, suggestione e igiene mentale.
Dott. Assaggioli (Firenze) — Sul prossimo Congresso internazionale di metapsichica in Italia.

Riportiamo un breve sunto delle quattro importanti relazioni:

1. Prof. Francesco De Sarlo (Firenze) — *L'insegnamento della Psicologia nelle Università.*

L'O. svolge il concetto che la Psicologia, avendo per scopo di studio l'esperienza interna, forma una scienza autonoma, che si è costituita tale fin dal momento in cui cessò dal prendere le mosse da presupposti metafisici: essa però conserva legami con gli studi filosofici, in quanto che non può farsi filosofia con base scientifica, senza che vi sia preparazione psicologica. La Psicologia, poi, ha con le scienze sperimentali affinità di metodo; ed è di ausilio agli studi giuridici e sociali.

Il Relatore conclude proponendo i seguenti voti:

1. Che in ogni Facoltà di Filosofia sia istituita la Cattedra di Psicologia, e che tale insegnamento sia in generale impartito da un professore distinto da quello di filosofia;

2. Che ad ogni Cattedra di Psicologia sia annesso un laboratorio fornito di mezzi adatti per le ricerche sperimentali;

3. Che il corso di Psicologia sia consigliato anche agli studenti delle altre facoltà.

4. Che, in via transitoria, sia consentita anche alla Facoltà di Scienze di istituire la Cattedra di Psicologia, sempre peraltro ove esista la Facoltà filosofica.

2. Prof. Vittorio Benussi (Padova) — *La suggestione e l'ipnosi come mezzo di analisi psichica reale.*

L'O. con esempi ed applicazioni dimostra come per mezzo della suggestione (sia allo stato di veglia che di ipnosi) molti processi psichici vengono rallentati nel loro decorso, altri resi più evidenti, altri decomposti nei loro elementi, in modo che la loro analisi, così difficile nello stato normale, viene agevolata. Si trattiene sopra l'analisi degli stati emotivi, indotti nel soggetto mediante la suggestione e che studiava per mezzo della curva respiratoria. Si convinse, così, che ad ogni particolare situazione emotiva corrisponde « una speciale sagoma respiratoria ». Importante la conclusione che le situazioni emotive sono funzionalmente indipendenti dai processi intellettuali e rispondono ad una finalità biologica loro particolare.

3. Prof. Federico Kiesow (Torino) — *Psicologia individuale e psicologia dei popoli.*

L'O. osserva che il moto di rinnovamento della scienza moderna iniziato da Galilei fu piuttosto sfavorevole al sorgere della Psicologia, tendendo a convergere gli studi sul mondo fisico. Esamina lo sviluppo della psicologia moderna dal Fichner in poi, e dimostra l'importanza che ha la psicologia dei popoli, di cui il Vico fu lontano precursore: e che, nelle manifestazioni sociali dello spirito umano, offre vasta materia di studio.

4. Prof. G. Cesare Ferrari (Bologna) — *Psicologia e Psicopatologia.*

L'O. parte dal concetto che il fondamento psichico della personalità umana è comune a tutti e che le differenze individuali nelle singole razze e nelle diverse epoche della civiltà sono piccole e mai sostanziali. Questo fondo psichico non si modifica neanche negli alienati e perciò non differisce molto da quello degli individui sani: l'impressione che ci dà di essere differente in parte dipende da un errore di valutazione nostro, dalla disarmonia intellettuale dell'alienato e in parte da un motivo estrinseco, dal terrore che incute il demente. Stabilito questo concetto, si vede subito l'aiuto reciproco che si offrono la psicologia normale e la psicopatologia. L'O. ne dà vari esempi, e dimostra poi le applicazioni pedagogiche, che se ne possono trarre.

VI. Congresso
dell'Associazione fra i Medici dei Manicomi pubblici italiani

(*Siena 11 - 14 Ottobre 1923*)

Siena accolse nello scorso ottobre numerosi medici di Manicomi italiani riuniti in Congresso.

Questo ebbe solenne inaugurazione nell'aula del Consiglio provinciale alla presenza di numerose autorità, con un discorso di S. E. *Marchi*, Sottosegretario alle Colonie, e Presidente di quel Consiglio Provinciale, del Sindaco, del Presidente dell'Amministrazione del Manicomio e del Dott. *Baroncini*, Presidente dell'Associazione.

Questi fece ampia relazione sull'opera svolta dal Consiglio direttivo dell'Associazione dopo il Congresso di Genova e che fu sopratutto intesa a mantenere la compagine dell'Associazione.

Nella discussione venne fuori la questione dell'adesione ai Sindacati fascisti, che, naturalmente, accese un vivace dibattito, senza poter divenire ad una conclusione precisa; e si votò un ordine del giorno di sospensiva del *Dott. Prigione*, chiedendo la definizione del quesito ad un *referendum* segreto. Si approvarono indi la Relazione finanziaria, e delle modificazioni al Regolamento.

Nella seconda seduta il Dr. *Baroncini* illustrò il nuovo progetto di legge, studiato e proposto dall'apposita Commissione ministeriale, e di cui il Dr Baroncini stesso ne fece la bella Relazione (1). All'ampia discussione presero parte numerosi medici alienisti, e si deliberò di discutere le disposizioni che il Regolamento dovrà contenere ad integrazione della legge, formulando degli ordini del giorno appositi. Furono approvati poi numerosi ordini del giorno:

Ruata, per la nomina dei medici fra i primi tre classificati, esclusi gli *ex aequo;*

Ciarla, sull'utilità di dare il massimo sviluppo alla profilassi delle malattie mentali con l'istituzione di « Preventori », cioè luo-

---

(1) Questo progetto di legge è stato da noi pubblicato nel precedente numero di questo Giornale « *Il Manicomio* ». Ma noi crediamo che detto progetto di legge non sarà integralmente approvato dal presente Governo nazionale, ma con numerose modificazioni; ne fa fede il ritardo con cui viene il relativo decreto - legge.

s. t.

ghi di ricovero di cura precoce per lievi disturbi neuropsichici, e di ospedali psichiatrici;

Befani e *Prigione*, sulla facoltà ai Medici di Manicomio di redigere certificati di ammissione e sulla sorveglianza degli alienati a custodia sussidiata da affidarsi ad alienisti;

Colucci e *D'Ormea*, sulla severa prudenza da adottarsi per l'assistenza omo ed eterofamiliare;

Pieraccini, sulla ingerenza amministrativa del Direttore e sulla istituzione di reparti neurologici nei manicomi;

Pellacani, sull'intervento del Consiglio Sanitario in merito alle ammissioni e dimissioni in alcuni casi, e sui concorsi;

Antonini e *Cappelletti*, per la dizione *alienati criminali riconosciuti clinicamente tali;*

D'ormea, perchè il Presidente del Tribunale prima di addivenire al decreto di dimissione di un prosciolto abbia a sentire il parere della direzione del Manicomio, oltre quello del perito;

Scarpini, sul reclutamento dei medici assistenti provvisori, e sulla proporzione tra posti di assistenti retribuiti e primari;

Palella, sulla sorveglianza dei Manicomi pubblici gestiti da privati, e sull'assistenza morale dei malati dimessi a custodia;

Pellacani e *Tumiati*, sulla compilazione dell'albo dei periti.

Su proposta *Seppilli* fu spedito un telegramma di saluto al Prof. Enrico Morselli, Presidente della Società Freniatrica Italiana.

Si passò poi all'elezione del Consiglio direttivo e riuscirono eletti: Presidente: *Figna*: Segretario - Cassiere: *Pio*; Consiglieri: *Baroncini, Cazzamalli, Tambroni, Tumiati* e *Vidoni*.

Il Congresso si chiuse con un voto di plauso al Prof. *D'Ormea*, ai Colleghi di Siena ed all'Amministrazione del Manicomio.

I Congressisti furono accolti con grande ospitalità, e fatti cenno a numerose cortesie, sicchè il soggiorno nella bella città di Siena sarà indimenticabile.

BIBLIOGRAFIE

Ceni C. — CERVELLO E FUNZIONI MATERNE — *Saggio di Fisiologia e di Psicologia Comparate — in 2 volumi, corredati da 165 figure — S. Lattes e C. Editori — Torino - Genova 1922.*

Nei 4 capitoli del primo volume l'A. studia la natura e i caratteri dell' istinto materno, la sua filogenesi e il suo meccanismo fisiologico, nonchè il rapporto fra le funzioni materne ed il cervello, le funzioni materne e gli organi sessuali, le funzioni materne e le glandole a secrezione interna. Le ricerche sperimentali sono praticate tanto sugli uccelli quanto sui mammiferi. L' A. stabilisce così che i componenti del fenomeno psichico della maternità sono localizzati nel polo anteriore ed in quello posteriore degli emisferi cerebrali.

Il secondo volume consta di 11 capitoli: 1. l' importanza delle funzioni materne nella fisio - psicologia; 2. l' attività riflessa e l'attività istintiva negli artropodi; 3, l' attività riflessa e l' attività istintiva nei vertebrati; 4. generi e caratteri del cosciente e dell' incosciente; 5. meccanismo e sede dell' intelligenza; 6. effetti dell' intelligenza sull' istinto materno nei suoi riferimenti all'uomo; 7. pervertimenti dell' istinto materno: 8. istinto materno e sessualità; 9. funzioni materne e sistema endocrino; 10. cervello e funzione mammaria; 11. differenziazione psichica e somatica dei due sessi. L'A. conclude il suo interessante studio, corredato da una lunga serie sistematica di esperienze accurate, con l' affermare che l'amore verso la prole è una risultante della vita sessuale, un istinto che si sviluppa come un accessorio dell'unione dei sessi, come conseguenza necessaria della riproduzione, quale contributo che la natura impone all'unione dei due procreatori e che li vincola. L'amore verso la prole ha la sua origine da un'energia inferiore indipendente persino dal tipo fisico sessuale dell' individuo, e che non solo non ha rapporto causale diretto con altri fenomeni della procreazione, ma é in continua ed aperta opposizione con gl'istinti e le funzioni sessuali. Questa facoltà istintiva è indipendente anche dagli organi a secrezione interna, tende ad emanciparsi dai vari processi fisiologici della vita vegetativa materna, e rappresenta un fenomeno puramente psichico, che trova in sè la propria origine e vive di vita propria, mantenendosi rigidamente immutabile nel grado, plasmabile nella forma secondo le esigenze dell'ambiente e della specie.

Il lavoro, condotto con metodo rigorosamente sperimentale, desta grande interesse, ed è ricco di considerazioni originali su molti problemi ancora insoluti di biologia e di psicologia.

C. Ventra.

RECENSIONI

A. Autheaume — Les principes généraux qui doivent régir l'assistance des psychopathes — Congrès d'Hygiène mentale de Paris — *L'Encèphale, 1922, N. 6.*

L'A. ha presentato al 1. Congresso d'Igiene mentale a Parigi un importante rapporto sui principi che debbono reggere l'assistenza degli alienati. Dapprima esamina i dettagli necessari a distinguere quelli che si debbono dire alienati da quelli che sfuggono a questa denominazione medico - legale o medico - sociale. Dimostra che la concezione nuova dell'alienato oggi non è la stessa di quella del 1838 (noi possiamo riferire ad essa la nostra legge sui Manicomi e sugli alienati). Il psicopatico di allora era sempre un alienato, di cui si aveva paura, e si rappresentava sempre pericoloso e dannoso. Oggi Il psicopatico è un ammalato come gli altri e da cui si distingue soltanto per le sue mafestazioni mentali. Ne viene il principio che per guarire bisogna agire precocemente, di urgenza, senza ricorrere alle formalità dell'internamento; e l'obbligo da parte dei poteri pubblici dell'assistenza ai psicopatici poveri. Così si possono ridurre gl'internamenti nei Manicomi, ma con la necessità dell'impianto di Ospedali psichiatrici.

In un capitolo speciale l'A. tratta l'importante argomento, come corollario dell'assistenza dei psicopatici, delle direttive da seguire per assicurare il rispetto della libertà individuale e la protezione dei beni degli ammalati.

In conseguenza di questo rapporto il Congresso d'igiene mentale ha approvato i seguenti dati:

1. L'assistenza ai psicopatici, di cui gli alienati non sono che una parte ristretta, deve essere organizzata sulle basi seguenti: deve essere medica, precoce e posta, nello stato attuale della legislazione, sotto il regime della legge sull'assistenza medica gratuita;

2. Questa assistenza deve essere organizzata con due modalità differenti, secondo che si tratta di psicopatici a cura libera, o di psicapatici internati (alienati);

3. E' necessario ed urgente che gli istituti pubblici di alienati prendano il nome di « Ospedali psichiatrici », e siano trasformati in stabilimenti misti, comprendenti: una parte chiusa per gli alienati e una parte aperta con servizio di psicopatici a cura libera, e dispensario - consultazioni d'igiene mentale;

4. La parte chiusa resterà sotto il regime della legge sugl'alienati; la parte aperta, indipendente dalla prima, sarà sotto il regime della legge sull'assistenza medica gratuita;

5 I servizi aperti negli asili per psicopatici a cura libera debbono funzionare come i servizi ospedalieri dello stesso genere hanno funzionato finora: i psicopatici sotto trattamento debbono essere considerati come malati ordinari.

S. Tomasini

C.-I. Parhon e M.me Alice Stocker — MODIFICATIONS CONSIDÉRABLES DE LA STRUCTURE D'UN LOBE THIROIDIEN EXTIRPÉ CHEZ UNE MALADE ATTEINTE DE MÉLANCONIE ANXIEUSE — *L'Encèphale, 1921, N. 1.*

Oggi si mettono sempre più in vista le strette relazioni che si trovano tra funzioni psichiche e le funzioni delle glandole a secrezione interna, e specialmente della glandola tiroide. Spesso, in quest'ultimo caso, si trovano delle vere psicosi che, per la più parte, evolvono sotto forma di mania e di melanconia. Per questo PARHON emise l'ipotesi che la psicosi maniaco - depressiva in generale riconosce una origine tiroidea, specie nel senso di una iperfunzione o d'un pervertimento della funzione glandolare.

Il caso in esame ha permesso agli AA. di intervenire nella discussione: si tratta di una donna (40 anni) affetta di melanconia ansiosa, in cui la tiroide presentava importanti alterazioni constatate con l'esame microscopico. Il caso è interessante pure perchè la glandola esaminata proveniva da un intervento operatorio. In succinto hanno riscontrato grande vascolarizzazione: tutti i capillari riempiti di sangue; colloide in quantità ridotta e fluido, granulazioni lipoidi abbondanti, polimorfismo dei follicoli: il che richiama la sindrome di BASEDOW. Si hanno quindi strette relazioni tra i disturbi tiroidei e sindrome melanconica; e gli AA. credono possibile che la secrezione tiroidea, sia nel senso della diminuzione, che in quello dell'aumento, sia capace di determinare sindromi melanconiche.

S. Tomasini

Henri Hoven — DES LÉSIONS ANATOMO - PATHOLOGIQUES DE L'IDIOTIE — *L'Encèphale, 1921, N. 1.*

In due casi d'idrocefalia interna l'A. ha studiato anche le alterazioni anatomiche cerebrali, concludendo che l'arresto di sviluppo cerebrale é avvenuto in un periodo molto precoce dello sviluppo stesso, prima che le masse grigie centrali si siano fuse con la parete cerebrale

esterna: e probabilmente vi sarà stata una deviazione di sviluppo, in quanto che il cervello è continuato a svilupparsi, ma in modo irregolare. Accanto ai disturbi primitivi si riscontrano lesioni infiammatorie (meningite, coroidite), e degenerazione del tessuto cerebrale, delle cellule e delle fibre nervose. Vi era distruzione del tessuto cerebrale (lacune) conseguenza di edema meningeo. L'idrocefalo interno pare consecutivo all'alterazione di permeabilità dei plessi coroidei. Questi presentano sclerosi. Concludono che l'idrocefalia interna costituisce la conseguenza di una ependimite ventricolare con coroidite.

S. Tomasini

P. Fauconnet — La Responsabilité — *Alcan, Paris 1920*

Minuta e profonda analisi del concetto sociale ed evolutivo di responsabilità: la quale non è soltanto un'idea astratta, ma è una realtà sociale, perchè derivante da fatti sociali di natura giuridica e morale. Essa è suscettibile di profonde modificazioni nel corso dei diversi regimi ideo sentimentali esistenti nelle varie culture, civiltà, stratigrafie storiche; ma si basa sostanzialmente sopra un fenomeno di transfert emotivo, per cui le emozioni suscitate da un delitto non restano attaccate all'imagine del delitto, ma si propagano, e si transferiscono fino a rendere possibile la simbolizzazione del delitto stesso in un essere responsabile. Questo tranfert, naturalmente, si produce sia nella psiche collettiva, che nella psiche individuale.

La monografia fa parte dei lavori « dell'Année Sociologique » pubblicati sotto la direzione di Durkheim.

Levi Bianchini

H. Rogge — Symbol und Schicksal — *Kampmann und Schnabel, Prien a Chiemsee, 1921.*

Credo sia difficile che in Italia si producano dei libri simili a questo: inspirati ad una pan-filosofia che cerca di valorizzare, in servigio di un'idea x, una somma eteroclita di elementi di genere, sesso e natura i più diversi. Obbiettivo di questo libro è quello di scoprire nel Faust di Goethe e nella sapienza in esso contenuta, tutta una « filosofia del pensiero evolutivo »: ma la sua « indicazione pratica » è quella di trasformare questa scoperta storica di Goethe in una realtà vivente e fruttifera. Tutto ciò, naturalmente, per rifare una Germania potente e felice; desiderio, del resto, più che legittimo in un buon tedesco.

Levi Bianchini

Halsey I. Bagg. — INDIVIDUAL DIFFERENCES AND FAMILY RESEMBLANCES IN ANIMAL BEHAVÌOR — *The Science Press, New York, 1920.*

Importanti e divertentissime ricerche sulla « capacità di imparare » (determinate vie, in due specie di scatole o gabbie funzionanti da test d'esperimento) su famiglie e razze di sorci bianchi e neri. Più divertenti ancora i tre ultimi, dei 14 punti conclusivi: esistono notevoli differenze fra le varie razze; esistono differenze fra i sessi, a favore dei maschi, in tutti i testi d'esperimento; la femmina apparisce più variabile (non dice ancora « volubile » ma ne verrà di conseguenza, quando se ne studierà più a fondo il psichismo.....) del maschio nella sua condotta (behaviór) di fronte all'esperimento. Proprio, quasi, come nella razza umana. Beati i misogini, ai quali l' insaziabile sete di sapere degli studiosi dà in mano un così formidabile punto d'appoggio: la psicologia sperimentale degli animali... mammiferi come noi!!

Levi Bianchini

G. Vinter — DER TAYLORISMUS — *Hirzel, Leipzig 1920.*

L'A. espone da un punto di vista pratico e critico la storia del Taylorismo, la forma originale del sistema, le applicazioni pratiche, il vocazionismo, ch'egli aveva incominciato a studiare fin dal principio della diffusione del metodo in Germania, cioè già da un decennio. Conchiude esplicitamente per l'indiscussa superiorità del metodo e per la sua importanza morale sociale e materiale sia per i datori quanto per i ricevitori di lavoro, manuale e intellettuale.

Levi Bianchini

H. Blüher — DIE NACHFOLGE PLATONS — *Anthropos-Verlag, Prien, 1920.*

Polemica virulenta e paradossale contro la filosofia accademica delle Università. Basta citare queste due definizioni: « La filosofia universitaria è la congiura degli imbecilli (Beabungslose) contro il genio »; la cultura è una « misura terapeutica in grande stile contro il carattere del mondo ». Blüher è noto in Germania per la sua storia del movimento dei Wandervogel, (una associazione mistico - erotica a colorito omosessuale), per un altro curioso libro sulla « importanza dell'erotica nella società maschile » e per vari scritti tutti infarciti di una dialettica altrettanto brillante quanto poco consistente.

Levi Bianchini

NOTIZIE

Nel nostro Manicomio

Il giorno 3 corrente Febbraio si sono riuniti sotto la Presidenza del Sig. Prefetto Comm. Moscarella, R. Commissario di questo Manicomio, i Presidenti delle Deputazioni delle Provincie Consorziate (Campobasso, Cosenza, Foggia, Salerno) per discutere la transazione, formulata tra il precedente R. Commissario, Comm. G. Tafuri, e la Concessione.

Dopo lunga discussione si decise di indire una nuova riunione per il giorno 24 Febbraio, onde esaminare i locali di cui nella transazione, descrivendoli in una apposita pianta da includere nel contratto, che rimarranno, quindi, propietà delle Provincie.

Sono i locali in cui debbono sorgere i padiglioni, destinati a dare al nostro Manicomio un aspetto più consono allo scopo, e all'odierno sviluppo della tecnica, e di cui uno è rimasto interrotto nella costruzione per la sopravvenuta guerra.

* * *

L'egregio collega e compagno di lavoro il Prof. Marco Levi Bianchini, primario del Manicomio, è stato, in seguito a concorso, nominato Direttore del Manicomio di Teramo,

E' il settimo Direttore che esce da questo Istituto, che ha contribuito tanto al progresso della Psichiatria italiana, anche con la pubblicazione di questo Giornale, che già conta 37 anni di vita non ingloriosa; e noi, dolenti di perdere tale valoroso cooperatore, siamo lieti di porgergli veraci sensi di stima e cordiali voti augurali. E questo nuovo risultato valga come risposta alla leggerezza con la quale un alienista ha creduto dare di questo Manicomio un giudizio punto benevolo e niente giustificabile.

Il Corpo sanitario ha voluto esternargli tali sentimenti in un fraterno banchetto, al quale partecipò anche il R. Commissario, Comm. Moscarella ed il corpo amministrativo.

Parlarono commossi ed applauditi il Comm. Moscarella, il Direttore Prof. Ventra, il V. Direttore Dott. Canger, ai quali rispose con sensi di profonda riconoscenza il festeggiato.

*
* *

E sentiti auguri di splendida carriera, diamo anche al giovine e valoroso collega, dott. Carmelo Ventra, ordinario in questo Manicomio, per il risultato del Concorso a Medico primario nell'erigendo Manicomio di Bari, dove riuscì il primo classificato.

*
* *

Onoranze ad Augusto Tamburini

L'Istituto di S. Lazzaro, a Reggio Emilia, il giorno 20 maggio 1923, ha voluto solennemente onorare la memoria di AUGUSTO TAMBURINI, nella storica sala GALLONI. Magnifica figura di Maestro AUGUSTO TAMBURINI, che di quell'Istituto Psichiatrico fece il centro degli studi italiani, contribuendo grandemente al progresso della Scienza.

In quel giorno convennero autorità civili e militari, i congiunti, gli amministratori e numerosi discepoli, scienziati ed ammiratori dell'Uomo insigne: aderirono i membri del Governo e autorità straniere, fra questi il prof. KRAEPELIN, che inviò una nobilissima lettera; oltre ad un « messaggio » di ENRICO MORSELLI, amico intimo di AUGUSTO TAMBURINI, e successore nella Presidenza della Società Freniatrica italiana.

Parlarono il Presidente dell'Amministrazione del Manicomio, avv. BELLAGRI, il Prefetto, il Sindaco, Prof. PETRAZZANI, e in rappresentanza del Rettore dell'Università di Modena, il prof. DONAGGIO.

Oratore ufficiale della cerimonia il Prof. GIUSEPPE GUICCIARDI, allievo e successore nell' Istituto S. Lazzaro del TAMBURINI.

Egli pronunziò un discorso splendido per la forma e per la elevatezza del pensiero, dando la figura fedele dello scienziato, del maestro, dell'uomo, che rimarrà nella storia della Psichiatria itacome faro luminoso: la cerimonia commosse al più alto grado gli intervenuti, ammiratori tutti del commemorato, che ne conoscevano la mente elevata, eccletica, pronta ad accogliere le nuove nozioni, a divulgarle, ad accrescerle con l'opera sua efficace e dei suoi allievi. Egli fece parte di quella schiera di forti ingegni italiani, che con MORSELLI, LOMBROSO, BIANCHI, hanno tenuto alto il valore scientifico della Patria: essi mai vanno dimenticati!

.˙.

Commemorazione di Carlo Livi nell'anno centenario della sua nascita

.n occasione del VI. Congresso dell'Associazione dei Medici dei Manicomi italiani, il giorno 11 ottobre 1923, venne commemorato in Siena CARLO LIVI nel centenario della sua nascita.

Il discorso commemorativo fu letto dal Prof. ANTONIO D'ORMEA, direttore del Manicomio di Siena, il quale con parole elevate e commosse rievocò la figura del Maestro, con le sue virtù di scienziato, e di cittadino, lasciando vasta orma del suo pensiero. Egli fu anche fondatore della « Rivista di Freniatria ».

.˙.

Istituto italiano d'Igiene Previdenza ed Assistenza sociale — Roma

In seguito a comunicazione del Prof. ETTORE LEVI, Direttore dell'Istituto, al Congresso di Neurologia, tenuto a Napoli nello scorso novembre, è stato approvato il seguente voto, che siamo lieti di qui pubblicare:

« La Società italiana di Neurologia nel suo VI. Congresso (Napoli 1923), udita la Relazione del Prof. ETTORE LEVI, direttore dell'Istituto italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale, nell'azione svólta dall'Istituto stesso, per mandato della Società di Neurologia, nel campo della propaganda per la prevenzione delle malattie nervose e mentali:

Plaude all'attività fin qui svolta dall'Istituto d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale.

Conferma il mandato già conferito al detto Istituto dalla Società di Neurologia (Congresso di Firenze 1921) ed affida alla già esistente Commissione (Sen. LEONARDO BIANCHI, Prof. LUGARO, Prof. CERLETTI) cui si aggiunge il Prof. COPPOLA, di definire col Direttore dell'Istituto il programma futuro di propaganda

La sudetta commssione poi, su proposta sempre del Prof. Ettore Levi, ha deliberato che la collaborazione tra la Società di Neurologia e l' Istituto italiano d'Igiene Previdenza ed Assistenza sociale, ai fini della profilassi sociale delle malattie nervose e men-

tali, debba proseguire nel campo dell' azione contro il gozzo cretinismo. e di iniziare inoltre una nuova campagna nel campo della scuola, affidando all' illustre Prof. Enrico Morselli della R. Università di Genova, che della speciale materia si è con onore e con profonda competenza occupato, la compilazione di un opuscolo che possa servire di guida agli educatori ed ai genitori per la prevenzione delle malattie nervose e mentali nella fanciullezza.

La Cassa nazionale per le assicurazioni sociali assume il patronato dell'Istituto italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale.

Il Presidente della Cassa nazionale per le assicurazioni sociali, Senatore Ugo Da Como, ha autorizzato il prof. Ettore Levi ad informare il Consiglio di Amministrazione dell' Istituto, di cui è direttore, che la Cassa nazionale nel suo nuovo programma intende estendere la propria opera preventiva; e propone un'alleanza tra le due Istituzioni agli scopi comuni, riserbando i dettagli agli accordi futuri, ma affermando che la Cassa nazionale per le assicurazioni sociali fin da ora accoglierà sotto i suoi auspicii l' Istituto offrendogli degna ed adeguata sede e concordando gli aiuti che potranno servire agli scopi comuni caso per caso, valendosi dell'organizzazione che l' Istituto può mettere a disposizione della Cassa per le comuni realizzazioni.

L' Istituto conserverà completa la propria autonomia e la propria attuale configurazione, salvo quelle modificazioni dello Statuto che si renderanno necessarie per tali nuovi eventi.

Tale iniziativa è stata approvata dal Consiglio di Amministrazione dell' Istituto.

L' Istituto italiano d' Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale di Roma, continuando l'opera sua efficacee geniale, si è fatto editore di alcuni opuscoli di propaganda importanti per l'argomento « che trattano» e che noi raccomandiamo vivamente

I primi tre opuscoli si indirizzano essenzialmente sia direttamente ai fanciulli, che ai genitori ed educatori, che tanto dovrebbero avere a cuore le insidie delle malattie evitabili.

Tutti e tre questi manuali sono compilati in forma semplice e piacevole, e si presterebbero perciò ad una larga diffusione. Essi riguardano tre problemi fondamentali: quello dell'educazione antitubercolare: « *Le avventure di un bacillo di Kock* »: quello dell'igiene orale: « *Cura i tuoi denti* » e quello dell'educazione sessuale:

« *Perchè il mondo non finisce* », su cui più specialmente attiriamo l'attenzione dei lettori, in quanto questo importantissimo problema è tuttora quasi ignoto agli educatori ed ai genitori. La forma che è stata data allo sviluppo della materia di questo opuscolo ci sembra la più adatta per i fanciulli di ambo i sessi dai 7 ai 12 anni.

Tutti e tre questi opuscoli sono estratti dal libro « *Salute* » — Letture di igiene ad uso delle scuole e delle famiglie (Editore Albrighi & Segati L. 8) pubblicato per iniziativa dell' Istituto e che costituisce un testo completo e piacevole di igiene per le scuole elementari superiori e medie inferiori.

Un quarto opuscolo infine, intitolato; « *I veleni dell'amore* » e che si deve al Dottor Carlo Galassi dell' Istituto, è inteso invece alla vera e propria lotta contro le malattie veneree dando ai giovanetti ed agli adulti, che questi perìcoli purtroppo debbono affrontare, le conoscenze necessarie non solo sulla natura dei contagi venerei e sul modo di evitarli, ma sopratutto sull' importanza morale, sociale ed economica di questo grande problema, avvalorando tale dimostrazione con opportuni dati statistici, sanitari ed economici.

* * *

La Fondazione Rockefeller per l'Igiene mentale

La Fondazione Rockefeller, la più grande e ricca istituzione esistente nel campo igienico ed assistenziale, che svolge la sua attività in ogni parte del mondo, fondata con un capitale iniziale di 100 milioni di dollari, ha ricevuto dal sig. Iohn Rockefeller dal 1913 ad oggi circa 183 milioni di dollari, anche per l'incremento delle scienze mediche e per la organizzazione e propaganda igienica. La fondazione ha affidato al Dr. W. Thomas Salmon, Segretario della Commissione nazionale per l' Igiene mentale, lo studio delle condizioni patogenetiche delle anomalie della psiche, che sono problemi di grande importanza sociale ed economica. La stessa Commissione ha saputo risvegliare l'opinione pubblica sull'importanza e sulle pratiche finalità dell' Igiene mentale ed aveva suggerito provvedimenti più adeguati, più consoni all'indirizzo moderno della scienza, per l'isolamento, la custodia e il trattamento degli alienati.

La Fondazione Rockefeller d'accordo con la Commissione ha aiutato l'opera da quest'ultima intrapresa. Furono promosse inda-

gini nei vari Stati; si istituì un servizio medico in alcune prigioni, onde studiare i rapporti tra le anomalie mentali e i vari problemi della delinquenza; si sono intrapresi studi sulla delinquenza minorile.

L'esperienza fatta durante la guerra europea sulla frequenza delle malattie nervose e mentali nella patologia del soldato spinse la F. R. ad inviare il Dr. Salmon in Inghilterra per uno studio accurato su dette malattie e sui mezzi adatti alla loro prevenzione e cura.

Onde dare maggiore incremento alle ricerche scientifiche nel campo della biologia e della patologia fu fondato il *Rockefeller Institut for Medical Research.*

Di questa Fondazione si è recentemente occupato il Prof. Mario Barbàra in un articolo di «Difesa sociale» dicembre 1923.

*
* *

Il Consiglio di Stato e la validità dei Concorsi

Per la loro importanza nei Concorsi riportiamo le decisioni del Consiglio di Stato, IV. Sezione, con pronunzia 7 aprile 1923. In materia di Concorsi ha affermato i seguenti principi:

I. Circa la deliberazione a voti segreti

« Non esiste alcuna disposizione positiva, la quale prescriva che qualche Commissione giudicatrice di un concorso debba sempre deliberare a voti segreti. L'unica disposizione che si cita, cioè quella del regolamento amministrativo per l'applicazione della legge sulle Opere Pie (art. 48), non si riferisce alle Commissioni giudicatrici dei concorsi, e poichè anch'essa è tra quelle le quali a tenore del precedente art. 48 valgono solo in quanto non provvedono i particolari Istituti dell'Opera Pia, ciò, invece dimostra non essersi ritenuta la votazione segreta quando si tratta di questioni concernenti persone, ma norma d'interesse pubblico a cui non si possa derogare ».

2. Sulla facoltà di scelta fra gli eleggibili

« Non si disconosce che, bandito un concorso, la facoltà eventualmente riservata alle amministrazioni di scegliere tra i candidati dichiarati eleggibili, e tra un certo numero di essi, non deve

trasformarsi in arbitrio, e, quindi, l'uso che di esso sia fatto, non prescegliendo il primo graduato, sia suscettibile di censura per eccesso di potere, quando un insieme di circostanze autorizzi a ritenere che la scelta sia stata inspirata non a motivi di interesse dell'Ente, ma a ragioni di favoritismo. Ma d'altro campo sarebbe arbitrario imporre alla scelta, legittimamente dallo Statuto riservata all'amministrazione, limiti e condizioni che non corrispondono a quel carattere di discrezionale apprezzamento che la scelta deve avere. E questo vorrebbe fare il ricorrente, esigendo che la pretermissione del primo graduato venga giustificata colla specifica indicazione di determinata ragione, ciò che non è legittimo ».

Ha dato poi il seguente parere su la:

3. Valutazione del titoli

« Nel Concorso per titoli il giudizio della Commissione deve essere espresso non soltanto nella sua conclusione, cioè nella attribuzione dei punti e nella conseguente graduatoria, ma altresì negli elementi che formano la base e la giustificazione, per modo che risulti il rapporto esistente tra la valutazione obbiettiva dei titoli e la valutazione attribuita a ciascun concorrente, ed a questo rapporto sia vincolato il giudizio della Commissione in modo che la comparazione abbia luogo con le maggiori garanzie e si renda possibile il sindacato di legittimità. Se tali elementi non risultano dal verbale della Commissione giudicatrice del concorso essendosi essa limitata ad indicare sinteticamente i titoli dei quali intendeva tener conto, e ad esprimere colla classifica in cinquantesimi il giudizio collettivo di presunta attitudine al posto dei singoli concorrenti, deve ravvisarsi viziata di illegittimità la deliberazione della Commissione giudicatrice e quella conseguente del Consiglio Comunale, e, quindi, da annullarsi di ufficio. (2 Maggio 1922).

INDICE DELL'ANNATA 1923

Lavori originali:

Bibliografie:

Recensioni:

Libri ed Opuscoli pervenuti in dono (*)

Ceni Carlo — Cervello e funzioni materne — Saggio di Fisiologia e di Psicologia comparate — S. Lattes e C. editori, Torino - Genova 1922

Eugenio Bravetta e Andreina Gatti Casazza — La puntura cerebrale nella diagnosi degli stati demenziali non paralitici — Bollettino della Società medico-chirurgica di Pavia — Anno XXXVI. Fasc. 2. 1923.

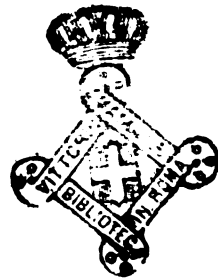
E. Bravetta e P. Battistessa — Paralisi progressiva atipica e reperto spirochetico — Bollettino della Società Medico - Chirurgica di Pavia, Anno XXXVI. Fasc. 3. 1923.

Arrigo Frigerio — Sui cosidetti reperti sierologici atipici nella paralisi progressiva — Pesaro, Premiato Stab. d'Arti Grafiche Cav. G. Federici, 1923.

Adriano Ceresoli — Contributo clinico ed istologico alla tubercolosi intestinale stenosante — Atti della Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche. Vol. XII. fasc. 5.

Id. Contributo alla conoscenza dei tumori primitivi dell'intestino — Atti della Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche. (Vol. XI. fasc. 4.

Id. I principii attivi degli estratti placentari e loro azione sugli organi genitali femminili (Nota prima) — Atti della Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche. Vol. XII. fasc. 4.

Id. Contributo alla conoscenza ed alla terapia delle angiocoliti tifose (Nota Preventiva) — Atti della Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche. Vol. X. fasc. 4.

(*) Le case editrici e gli AA., che invieranno come gradito dono le loro opere, oltre una particolare recensione, avranno l'annunzio gratuito in copertina.

Opere e opuscoli debbono essere indirizzati alla Redazione del Giornale «Il Manicomio» presso l'Ospedale Psichiatrico interprovinciale di Nocera Inferiore (Salerno)